

第2号様式(第6条関係)

児童の心臓病医療費助成申請書					年 月 日
唐津市長 様			住所 申請者 氏名 (電話)		
唐津市児童の心臓病医療費の助成に関する条例第6条の規定により申請します。また、この申請に当たり、助成認定のための所得税等の調査並びに助成対象となる医療費に係る保険給付、医療給付及び付加給付に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供をすることに同意します。					
児 童	フリガナ 氏 名		加入 医療 保険	被 保 険 者 氏 名	
	住 所			記号・番号	
	生年月日	年 月 日生		保 険 名	
振 込 口 座	口座名義人氏名()			児童との続柄()	
	金融機関名		支店(支所)名	口座番号	

医 療 機 関 等 記 入 欄					
受診者氏名		診 療 月		月 分	
傷 病 名	1 先天性心臓疾患 (1) 動脈管開存 (6) 心室中隔欠損 (2) 大動脈狭窄 (7) ファロー四徴 (3) 肺動脈狭窄 (8) バルサルバ洞静脈瘤破裂 (4) 心房二次中隔欠損 (9) 心内脈床欠損 (5) 総肺静脈環流異常 (10) その他()			2 後天性心臓疾患 (1) 心臓弁膜症 (2) 心外膜炎 (3) 心筋炎 (4) 心内膜炎 (5) その他()	
	3 心臓疾患に直接起因する内臓疾患()				
	1 入院	2 通院	3 調剤	診療実日数	日
保険診療総点数		他法公費負担点数		保険診療一部負担額	
点		点		円	
			訪問看護利用料 (日間) 円		
上記の金額を領収したことを証明します。 年 月 日 医療機関等所在地 住 所 代表者名 ㊟					

市 記 入 欄				受付	年 月 日	
保険診療総額		保険者 給付割合	保険診療 一部負担額		訪問看護 利用料	
円		割	円		円 ① 円	
控 除 額	付加給付額		円		備 考	
	高額療養費		円			
	計		② 円			
支給決定額		①-②		円		