

子どもの保護者の皆様へ 子ども医療費助成の申請をして下さい

この制度は、町に「子ども医療費助成受給券」の交付申請の手続きを行い、交付された「受給券」と「加入健康保険が確認できるもの」を千葉県内の医療機関等の窓口に掲示すれば、自己負担額（200円または0円）を支払うだけで、治療（保険対象医療）が受けられるものです。

○制度の内容（受給券対象者）

対象者	0歳（転入）～高校3年生等（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）
助成対象	通院・入院・調剤
自己負担額	【通院】1回につき200円 【入院】1日につき200円【調剤】なし（無料） ※市町村民税非課税または均等割のみ課税世帯は無料です。 ※同一医療機関で同月に入院11日、通院6回以降は自己負担額は無料です。
有効期間	7月31日まで（毎年更新）

※自己負担額については、毎年7月1日時点の市町村民税の課税状況で再認定します。

必ずお読みください

この助成を受けるためには、保護者の方が、「子ども医療費助成受給券交付申請書」と必要書類を添えて町（こども課）で申請の手続きをし、「子ども医療費助成受給券」の交付を受けなければなりません。

なお、申請されていない場合は、受給券の発券はもちろんのこと、償還払いによる助成も受けられなくなります。必ず申請をしてください。

○申請に必要なもの

1. 子ども医療費助成受給券交付申請書（必要事項に記入押印したもの）
2. 子どもの加入健康保険が確認できるものの写し
3. 子どもの属する世帯の個人番号（マイナンバー）または市町村民税の課税状況を証明するもの
※個人番号（マイナンバー）を記入の上、市町村民税確認承諾書に署名をいただければ町より課税額を確認させていただきます。署名がいただけない場合は下記のとおり証明書の添付が必要となります。

- 例・市（町・村）民税課税（非課税）証明書
- ・市（町・村）民税特別徴収税額の通知書の写し
 - ・市（町・村）民税納税通知書の写し どれか1つ

子どもの父母、その他子どもを扶養している方のうち、均等割・所得割課税者がいる場合はその方の証明、非課税の場合は、世帯全員の非課税証明が必要になります。

○受給券ができるまでに病院などを受診した場合

受給券ができる前に医療機関等を受診した場合（保険対象医療）や、県外で受診した場合などは、領収書などをそろえて後日こども課に申請することにより、振込により助成します。（償還払い）詳しくは、お問い合わせください。

■償還払い申請手続きに必要なもの

1. 子ども医療費助成金給付申請書（こども課にあります。町HPからダウンロードもできます。）
2. 子どもの加入健康保険が確認できるものの写し
3. 医療内容の明細（氏名、受診日、受診ごとの保険診療分の金額）のある領収書※
4. 振込口座のわかるもの

※申請は、医療費を支払った翌日から2年以内です。

記入例

(あて先)酒々井町長

酒々井町子ども医療費の助成に関する規則第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

保護者1 (申請者)	住所	〒285-0922 酒々井町中央台4-11		
	1月1日時点の住所	上記と異なる場合に記入してください。	電話番号	043-123-4567
	フリガナ	シスイ タロウ	子との続柄	個人番号
	氏名	酒々井 太郎	父	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
保護者2 (配偶者)	住所	1. 保護者1と同じ 2. その他 (〒000-0000 東京都〇〇区□□町△丁目◎番地◇◇アパート00号室)		
	1月1日時点の住所	上記と異なる場合に記入してください。	電話番号	090-1234-5678
	フリガナ	シスイ ハナコ	子との続柄	個人番号
	氏名	酒々井 花子	母	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0
今回申請する子ども	住所	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. その他 ()	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. その他 (酒々井町中央台4-10-1)	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. その他 ()
	フリガナ	シスイ モモコ	シスイ サブロー	
	氏名	酒々井 桃子	酒々井 三郎	子どもが属する保険証(被保険者証・組合員証)の内容を記入してください。
	生年月日	平成 ◇年 7月25日	令和 △年11月	
	加入健康保険	1. 酒々井町国保 2. その他(写し添付)	1. 酒々井町国保 2. その他(写し添付)	1. 酒々井町国保 2. その他(写し添付)
	世帯の状況 (上記の方以外)	氏名	子との続柄	
市町村民税確認承諾 子ども医療費助成金の算定に必要な私の世帯の市町村民税状況や国民健康保険料が確認することを承諾します。				
保護者1氏名 酒々井 太郎		保護者2氏名 酒々井 花子		父母連名または加入健康保険の被保険者の署名が必要です。 ※承諾されない場合は、課税状況を証明する書類を毎年提出していただくことになります。
申請条件 1 高額療養費について町が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費の返還を希望します。 2 町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。 3 家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、該当相当額を町へ返還します。				

○申請方法

・申請書と必要書類をこども課に提出してください。(郵送可)

○申請書提出期限 転入・出生の日から1ヶ月以内

問い合わせ先 〒285-8510酒々井町中央台4-11
酒々井町役場 こども課
TEL 043(496)1171