

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」とお持ちの「保険証」を千葉県内の医療機関等の窓口にて提示すれば、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）～中学校3年生
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。
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。

※千葉県基準では、所得制限がありますが、当町では、制限を設けていません。小学校4年生から中学校3年生の通院・調剤に対する助成は、町独自助成です。

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. 子ども医療費助成申請書（必要事項に記入押印したもの）
2. 子どもの健康保険証のコピー
3. 子どもの属する世帯の市町村民税の課税状況を証明するもの

※ただし、1月1日（1月から6月までの申請にあっては、前年1月1日）に酒々井町に住所がなかった方のみ必要です。（本町では課税状況が確認できないため、提出がないと発券できません。）

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. 子どもの健康保険証の写し
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。

酒々井町子ども医療費助成受給券交付申請書

平成25年8月15日

（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。

記名押印を忘れずに！

申請者 (保護者)	住所	〒285-0922 酒々井町中央台〇一〇〇		
	フリガナ	シスイ タロウ		
	氏名	酒々井 太郎	(印)	電話番号 043-496-〇〇〇〇

上記の子どもを除く、世帯員を記入してください。
※単身赴任等による世帯外に扶養者がいる場合も記入願います。
※続柄は、上記子どもからみた続柄を記入してください。

子ども	住所	同上		
	フリガナ	シスイ モモコ		生年月日
	氏名	酒々井 桃子		平成25年 8月 9日

世帯の状況	氏名	続柄	氏名	続柄
	1 酒々井 太郎	父 5		
	2 酒々井 花子	母 6		
	3 酒々井 梨子	妹 7		

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。

加入健康保険	名称	〇〇健康保険組合		
	保険者番号	1234567		
	保険種別	1. 国民健康保険 ② 社会保険（国保組合を含む）		
	被保険者名	酒々井 太郎		
	記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	

被保険者、組合員又は世帯主名を記入してください。

町民税確認承諾書	
子ども医療費助成金の算定に必要な私の世帯の町民税課税状況を、確認することを承諾します。	
保護者 氏名	酒々井 太郎 (印)
保護者 氏名	酒々井 花子 (印)
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うち、過払い相当額を町へ返還します。 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。

父母連名又は、上記の被保険者の方の署名押印が必要です。（上記被保険者が父母以外の場合は、その方の署名押印）

注 町民税の確認承諾をされない場合や転入等により本町で町民税が課税されていない場合は、子どもの属する世帯の市町村民税の課税状況を証明する書類の添付が必要です。

※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。

○申請書の記入にあたっての留意事項

- ・世帯の状況の欄には、子どもの属する住民登録上の同一世帯の世帯員（当該子どもを除く）を記入してください。また、子どもの父が単身赴任等で別居している場合などは、事実その父が子どもを扶養しているのであれば、その父は、子どもと同一世帯に属しているものとなりますので、ご記入ください。
- ・加入健康保険の欄には、子どもの属する保険証（被保険者証・組合員証）の内容を記入してください。被保険者名の欄には被保険者、組合員又は世帯主名を記入してください。

○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