

枚方市心臓病児手術見舞金申請のご案内

枚方市では、心臓病の手術を受けた心臓病児又はその保護者に対して見舞金を給付しています。

【対象となる方】

心臓病の手術を受けた18歳未満の方又はその保護者で、本市に引き続き1年以上居住し、かつ、住民基本台帳に記録されている方(生活保護受給者を除く)。

【対象となる心臓病及び見舞金額】

病 名	見舞金額
・フアロー四徴症 ・大血管転位症 ・総肺静環流異常 ・肺動脈弁狭窄 ・大動脈弁狭窄 ・尖弁閉鎖症 ・大動脈縮窄 ・心室中隔欠損 ・心房中隔欠損 ・動脈管開存 (ポタロー氏管開存) ・バルサルバ洞動脈瘤破裂 ・その他これらに相当する心臓病	25,000円

【申請に必要なもの】

- ① 枚方市心臓病児手術見舞金給付申請書
- ② 心臓病児手術治療証明書又は施術医療機関が作成した手術を受けたことを証明する書類

【申請期間】

手術を受けた後1年以内

※ 見舞金の給付は、対象者1人につき1回を限度とします。

【お問い合わせ及び申請受付】

枚方市役所 市民生活部 医療助成・児童手当課

〒573-8666 枚方市大垣内町2丁目1番20号

TEL 072 (841) 1359 (医療助成係・直通)

FAX 072 (841) 3039

(送信時は宛先の課名をご記入ください)

枚方市心臓病児手術見舞金給付申請書

(あて先)

令和 年 月 日

枚方市長

申請者 住所

氏名

続柄 (受給者の)

電話番号 ()

次のとおり心臓病の手術を受けたので、枚方市心臓病児手術見舞金給付規則第 5 条の規定に基づき、関係書類を添付して見舞金の給付を申請します。

なお、給付決定額については、下記の口座に振り込んでください。

対象児童 受給者	フリガナ		生年月日	平成 令和 年 月 日生		
	氏名					
	住所					
病名			手術日	令和 年 月 日		
施術医療機関 名称						
振込銀行名		口座番号		口座名義		預金種別
銀行	支店			フリガナ	・普通 ・当座 ・貯蓄	

上記申請のための資格確認に同意します。

保護者氏名 _____

..... 市記入欄 (この欄には記入しないでください。)

審査	住定年月日	年 月 日			受 付 印
	調査年月日	令和 年 月 日			
	見舞金額	万円			
	給付の有無	有・無	生保		

心臓病児手術治療証明書

対象 児童	氏名		生年月日	平成 令和	年	月	日		
	住所								
病名									
入院期間	令和	年	月	日から	手術日	令和	年	月	日
	令和	年	月	日まで					
備考									

上記のとおり、心臓病の手術治療したことを証明します。

令和 年 月 日

(あて先)

枚方市長

施術医療機関

所在地

名称

氏名

印