

☐ 親 ひとり親家庭等医療費助成制度
☐ 乳子青 子どもの医療費助成制度

支給申請書

負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏 名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏 名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏 名	
								生年月日	年 月 日

申請の理由	1 医療証が届く前の診療 2 医療証を持参しなかった 3 都外の病院の診療 4 補装具等の購入 5 その他()
診療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで (領収書 枚)

振込先口座を記入してください。

口座名義(カタカナ)								
☐ 公金受取口座を利用する。(口座情報の記入は不要です。公金受取口座を登録していない場合は選択できません。)								
☐ 振込先口座を指定する。(金融機関・口座番号 を記入してください。)								
金 融 機 関	銀行・信金 信組・農協				支 店			
	金融機関コード				支店コード			
口 座 番 号	普通・当座							

調布市長 宛

上記のとおり、医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

年 月 日

住 所 調布市

電 話 番 号 (自宅・父・母) ()

氏 名

(注意) 1 領収書(原本)を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。
2 振込口座の名義人は、ひとり親家庭等医療費助成制度の場合は受給者、子どもの医療費助成制度の場合は対象者又はその配偶者に限ります。

----- ※ 市 処 理 欄 -----

領 収 書 等 枚 数	☐ 領 収 書 _____ 枚(内訳:) ☐ 決定通知書 _____ 枚	受 付
支 給 決 定 額	_____ 円(内訳:)	
備 考		

該当の医療費助成制度にチェックをつける。

記入例

☒ 親 ひとり親家庭等医療費助成制度

☒ 乳子青

医療証の負担者番号・受給者番号を記入する。申請書

負担者番号	8	1	1	3	6	3	1	9	フリガナ	チョウフ ハナコ
受給者番号	1	7	1	0	1	2	3		氏 名	調布 花子
									生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
負担者番号	8	8	1	3	8	3	1	8	フリガナ	チョウフ タロウ
受給者番号	3	0	1	2	5	4	7		氏 名	調布 太郎
									生年月日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
負担者番号									フリガナ	
受給者番号										

診療等を受けた方の氏名・生年月日を記入する。
3名分まで同じ申請書に記入可能。

申請の理由	1 医療証が届く前の診療 4 補装具等の購入	2 医療証を持参しない 5 その他()	添付する領収書の枚数を記入する。
診療を受けた期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで (領収書 3 枚)		

振込先口座を記入してください。

口座名義(カタカナ)	チョウフ ハナコ									
☐ 公金受取口座を利用する。(口座情報の記入は不要です。公金受取口座を登録していない場合は選択できません。)										
☒ 振込先口座を指定する。(金融機関・口座番号 を記入してください。)										
金融機関	〇〇〇〇				銀行 信金 信組・農協	〇〇〇 支店				
	金融機関コード	0	0	0	0	支店コード	1	2	3	
口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7		
調布市	申請日を記入する。 令和 〇 年 〇 月 〇 日									
子どもの保護者(受給者)の住所・電話番号・氏名を記入する。										
住 所	調布市 小島町2-35-1 〇〇マンション									
電話番号	(自宅・父・母) 090 (1234) 5678									
氏 名	調布 花子									

(注意)

口座名義について

- マル乳・マル子・マル青医療証をお持ちの方の場合
→ 医療証に印字されている保護者 または その配偶者名義 の口座を指定してください。
- マル親医療証をお持ちの方の場合 → 受給者名義の口座を指定してください。

振込先口座について

いずれか1つを選択し、チェックをつけてください。
公金受取口座を利用する場合は、マイナポータルにて公金受取口座の事前登録が必要となります。
事前登録していない方は、選択できません。