

記入例

親ひとり親家庭等医療費助成制度

乳子青乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度

支給申請書

医療証の負担者番号，受給者番号を記入する。	支給決定額	対象の乳幼児・義務教育就学児・高校生等の氏名，生年月日を記入する。 3名分まで同じ申請書に記入可能。
負担者番号	8 8 1 3 7 3 1 0	フリガナ チョウフ イチロウ
受給者番号	3 0 1 0 1 2 3	対象者氏名 調布 一郎
		生年月日 平成〇年 〇月 〇日
負担者番号	8 8 1 3 8 3 1 8	フリガナ チョウフ カズコ
受給者番号	3 0 1 2 5 4 7	対象者氏名 調布 和子
		生年月日 令和〇年 〇月 〇日
負担者番号		フリガナ
受給者番号		年 月 日

被保険者氏名	調布 太郎	保険者番号	0 6 1 3 0 0 0 0
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 訪問看護	添付する領収書の枚数を記入する。	
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外		
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 2 枚）		
申請の理由	1 医療証が提出前の診療 2 医療証を持参しなかった 3 都外の病院の診療		
申請の種類	内科・整形外科など歯科以外の医療機関の受診は「1一般」、薬局は「3薬剤」を選択する。		
診療を受けた期間	提出する領収書に記載された診療日（受診日）を記入する。		
支給	領収書が複数の場合は，上記日付の一番古い日付と一番新しい日付を記入する。		
振込先金融機関（コード）	〇〇 銀行 〇〇 支店 1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	0 0 0 2 1 2 3	フリガナ	チョウフ ハナコ
		口座名義人	調布 花子

申請日を記入する。ひとり親家庭等 / 乳幼児・義務教育就学児・高校生等

令和 〇 年 〇 月 〇 日

調布市長 宛

住 所 調布市 **小島町1-1-1 〇〇マンション101**

電話番号 (父 **母**・自宅) **090 (1234) 5678**

氏 名 **調布 花子**

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金融機関の振込先を記入する。

医療証に印字されている保護者またはその配偶者の住所，電話番号，氏名を記入する。

(注意) 1 太枠内を記入してください。
 2 領収書（原本）を添えて申請してください。なお，保険で付加給付を受ける場合は，領収書の添付は不要です。
 3 振込口座の名義人は，児童の保護者またはその配偶者に限ります。