

該当の医療費助成制度にチェックをつけてください。

# 記入例

支給申請書

**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

※領収書...枚

医療証の負担者番号, 受給者番号を記入する。

支給決

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。

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	対象者氏名	調布 花子	
								生年月日	平成 ○年 ○月 ○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 ○年 ○月 ○日	
負担者番号									フリガナ	
受給								対象者氏名		
								生年月日	年 月 日	

診療等を受けた方が加入している保険証の被保険者氏名, 保険者番号を記入する。

被保険者氏名	調布 花子	保険者番号	0	6	1	3	0	0	0	0
--------	-------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---

申請の種類	<b>1</b> 一般 2 歯科 <b>3</b> 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 <b>2</b>	
診療を受けた期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで (領収書 2 枚)	
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 <b>3</b> 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」, 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。  
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)	信金信組	支店	<b>1</b> 普通	フリガナ	チョウフ ハナコ
	0 0 0 2	1 2 3	2 当座	口座名義人	調布 花子

[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金融機関の振込先を記入する。  
[マル親医療証をお持ちの方の場合]  
受給者名義の金融機関の振込先を記入する。

申請日を記入する。

令和 ○年 ○月 ○日

調布市長 宛

住所 調布市小島町1-1-1 ○○マンション101

電話番号 (父・母) 自宅 090 (1234) 5678

氏名 調布 花子

子どもの保護者(受給者)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,
  - 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。