ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

（あて先）港区長

受給者番号								フリガナ	
								氏　名	（　　年　　月　　日生）

受付年月日

1：医科（小児科・内科・外科・眼科 耳鼻科等医療一般）　2：歯科　3：調剤 4：看護 5：移送 6：補装具 7：その他

診療等の年月	○をつけてください	診療区分	病院・診療所等名称	受診者氏名	保険総点数（点）	支給決定額（円）
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
年　月	入院 外来					
※　受診年月、入院外来、診療区分、受診者氏名ごとに、「ひとつの枠内」に記入してください。					支給決定額合　計	（円）

金融機関コード					支店ｺｰﾄﾞ					
医療助成費振込先	信用金庫 銀　行 信用組合　　支店								フリガナ	
普通預金口座番号									口座名義	

年　　月　　日

上記のとおり医療助成費の支給を申請します。

住　　所　　港区　　丁目　　番　　号

受給者氏名　　㊞　　TEL　　（　　）

（注）記名押印に代えて署名することができます。

1. 太枠の中に記入・押印の上、領収書（コピー不可）を添えて申請してください。なお、原則として領収書は、返却いたしません。
2. 受診者名、受診日、病院の電話番号が領収書に記載されていない場合、領収書空欄に記載してください。
3. 助成金の振込は、申請後２ヶ月程度かかります。
4. 領収書に受診者名、受診年月日、保険点数等の記載がない場合、照会のため振込が遅れることがあります。

申請・問い合わせ　港区子ども家庭支援部子ども若者課子ども給付係
〒105-8511　東京都港区芝公園１－５－２５　TEL　03（3578）2111 内線 2430～2433