

子ども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	子ども氏名	(年 月 日生)	保険種別	<input type="checkbox"/> 1: 国保	<input type="checkbox"/> 2: その他

1: 入院 2: 外来

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	診療等の月	入院外来	診療区分	病院・診療所等名称	領収書枚数	保険総点数(点)	食事療養費(円)	支給決定額(円)
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			
年	月				枚			

医療証に記載された保護者の口座を指定してください。

金融機関コード	支店コード	フリガナ
振込先金融機関	信用金庫 銀行 信用組合	支店 口座名義
口座番号(右ヅメ)		預金種別 <input type="checkbox"/> 1: 普通 2: 当座

年 月 日

上記のとおり医療費の支給を申請します。

住所 港区 丁目 番 号

保護者氏名 (印) TEL ()

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

- | | |
|---|--------|
| <ol style="list-style-type: none"> 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、領収書は、返却いたしません。 2 病院等の住所、電話番号が領収書に記載されている場合、名称だけ記入してください。 3 受診年月、入院外来の別、診療区分が同じで複数の病院等にかかったときは、いずれかひとつの名称を記入してください。 4 助成金の振込みは、申請後2か月程度かかります。 5 領収書に受診者名、受診年月日、保険診療である旨の記載がない場合、照会等のため振込みが遅れることがあります。 | 事務処理確認 |
|---|--------|