

# ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

(あて先) 港区長

受付年月日

受給者番号	フリガナ
	世帯主氏名 ( 年 月 日生)

診療等の年月	○をつけてください 入院 外来 ↓	診療区分	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	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												

※ 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	支店コード	※ 口座は世帯主の普通預金口座に限ります
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

世帯主氏名 印 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 港区子ども支援部子ども課子ども給付係  
〒105-8511 東京都港区芝公園1-5-25 TEL 03 (3578) 2111 内線 2430~2433

