

世田谷区長 あて

次のとおり、子ども等 医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。  
ひとり親家庭

\* 領収書を添付してください。

申請年月日

年 月 日

|                                     |                                                                                                     |                  |          |                 |            |      |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------------|------------|------|
| フリガナ                                |                                                                                                     | 住所               |          |                 |            |      |
| 申請者氏名<br>(医療証又は受給資格<br>認定通知書の保護者)   |                                                                                                     |                  | 電話 ( )   |                 |            |      |
| フリガナ                                |                                                                                                     | 受給者番号<br>(医療証番号) |          |                 |            |      |
| 子ども等氏名<br>対象者氏名                     |                                                                                                     |                  |          |                 |            |      |
| 生年月日                                | 年 月 日                                                                                               |                  |          |                 |            |      |
| 支給申請額について<br>他の助成の有無<br>(○を付けてください) | 高額療養費・付加給付による給付                                                                                     |                  | 有・無      | 交通事故等第三者行為による給付 |            | 有・無  |
|                                     | 日本スポーツ振興センターの学校災害共済給付                                                                               |                  | 有・無      | 他の医療費助成制度       |            | 有・無  |
| 申請種類                                | 入院・外来                                                                                               | 診療年月             | 医療機関等の名称 | 支給申請額           | 助成額        | 整理番号 |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 医科・歯科・薬剤<br>補装具・その他                 | 入院<br>外来                                                                                            | 年 月              |          | 円               | 食 円<br>円 計 |      |
| 申請の理由<br>(○を付けてください)                | 1. 医療証を使うことができない医療機関等のため 2. 医療証交付前のため<br>3. 医療証を提示しなかったため 4. 入院時食事代のため<br>5. 受給資格認定通知書のため 6. その他( ) |                  |          |                 |            |      |

医療助成費は、下記の口座に振り込んでください。

## 児童手当受給者(保護者)の口座※に振込(下記欄の記入は必要ありません)

※原則、直近で児童手当が振り込まれた口座になります。

世田谷区からの児童手当支給がない方などは、下記に必ず振込口座を記入してください。

|                                |                          |          |     |                   |                        |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--------------------------|----------|-----|-------------------|------------------------|--|--|--|--|--|
| 振込先<br>金融機関<br>(一部金融<br>機関を除く) | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店 | 普 通 | 口座番号<br>(右詰で記入)   |                        |  |  |  |  |  |
|                                |                          |          |     | 口座名義<br>(カタカナで記入) | (医療証又は受給資格認定通知書の保護者名義) |  |  |  |  |  |

\* 口座名義は医療証又は受給資格認定通知書の保護者となります。

\* 口座名義がアルファベットで登録されている方は、アルファベットで記入してください。

\* 口座内容を訂正する場合は、二重線で消して、正しい内容が分かるように記入してください。