申請書記入例

第6号様式

子ども等
ひとり親家庭等　医療助成費支給申請書

て

子ども等
ひとり親家庭等　医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

添付してください。

申請年月日	令和〇〇　年　〇　月　〇 日

申請者は、医療証又は受給資格認定通知書の保護者です。

申請者氏名（医療証又は受給資格認定通知書の保護者）	セタガヤ　タロウ 世田谷　太郎	住所	世田谷区世田谷4-21-27 電話　03（　5432　）1111
	セタガヤ　ハナコ 世田谷　花子 H27　年　1　月　1 日	受給者番号（医療証番号）	7 7 7 7 7 7 7

入院・外来、診療年月、医療機関等が同じ場合は同じ段にまとめて記入してください。

て	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
ください）	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	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 補装具・その他	入院 外来	R1年　8月	県立〇〇病院	3,120　円	食　円 円　計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	R2年　10月	県立〇〇病院	2,100　円	食　円 円　計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	R2年　10月	△△△薬局	800　円	食　円 円　計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	R3年　4月	□□歯科医院	500　円	食　円 円　計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	R4年　8月	〇△整形外科	25,650　円	食　円 円　計	
医科・歯科・薬剤 その他	入院 外来	年　月		円	食　円 円　計	

1. 医療証を使うことができない医療機関等のため
3. 医療証を提示しなかったため
5. 受給資格認定通知書のため

費は、下記の口座に振り込んでください。

世田谷区からの児童手当支給がない方（公務員の方）は、**必ず振込口座を記入してください。**

振込口座を記入の場合は、医療証又は受給資格認定通知書の保護者名義の口座です。児童手当受給と同じ口座に振込を希望の場合は、振込先を記入する必要はありません。

童手当受給者(保護者)の口座に振

※原則、直近で児童手当が振り込まれた口座に

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**　**してください**。

振込先金融機関（一部金融機関を除く）	世田谷	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	普　通	口座番号（右詰で記入）　1 1 1 1 1 1 1
					口座名義（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）セタガヤ　タロウ

＊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。

ゆうちょ銀行の記入例
・ご利用いただける口座は、通常諸金口座・振替貯金口座のみです。
・振込用の「店名（漢数字3桁）」「口座番号（7桁）」をご記入ください。

振込先金融機関（一部金融機関を除く）	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇九八　本店 支店	普　通	口座番号（右詰で記入）　1 1 1 1 1 1 1	
					口座名義（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）セタガヤ　タロウ	