

申請書記入例

* 太枠内を記入してください

第6号様式		子ども ひとり親家庭等		医療助成費支給申請書		
申請者は、医療証又は受給資格認定通知書の保護者です。		医療費助成制度の医療助成費の支給の申請をします。		申請年月日 令和〇〇年 〇月 〇日		
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		
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。		セタガヤ ハナコ 世田谷 花子		受給者番号 (医療証番号)		
H27年 1月 1日		7 7 7 7 7 7 7				
健康保険組合等の高額療養費・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		
本スポーツ振興センターの学校災害共済給付		有無		他の医療助成制度		
有無		有無		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
① 医科・歯科・薬剤 補装具・その他	① 入院 外来	R1年 8月	県立〇〇病院	3,120 円	食 円 計	
① 医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 ① 外来	R2年 10月	県立〇〇病院	2,100 円	食 円 計	
医科・歯科・① 薬剤 補装具・その他	入院 ① 外来	R2年 10月	△△△薬局	800 円	食	
医科・① 歯科・薬剤 補装具・その他	入院 ① 外来	R3年 4月	□□歯科医院	500 円	食	
医科・歯科・薬剤 ① 補装具・その他	入院 ① 外来	R4年 8月	○△整形外科	25,650 円	食	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月				
申請の理由		①. 医療証を使うことができない医療機関等のため 医療証を提示しなかったため 受給資格認定通知書のため 記の口座に振り込んで		医療証交付 4. 入院時食事代 ⑥. その他(補装具作成のため)		
世田谷区からの児童手当支給がない方は、必ず振込口座を記入してください。		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) 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 金融機関 (一部金融機関を除く)	世田谷	① 銀行 信用金庫 信用組合 農協	① 本店 支店	普通	口座番号 (右詰で記入) 口座名義 (カタカナで記入)	1 1 1 1 1 1 1 (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。						

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。

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	① 銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇九八 ① 本店 支店	普通	口座番号 (右詰で記入) 口座名義 (カタカナで記入)	1 1 1 1 1 1 1 (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
----------------------------	------	----------------------------	----------------	----	--------------------------------------	---