

世田谷区長 あて

次のとおり、子ども ひとり親家庭等 医療費助成制度の医療助成費の支給の申請をします。

\* 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	電話 ( )		
申請者氏名 (医療証又は受給資格 認定通知書の保護者)						
フリガナ			受給者番号 (医療証番号)			
子ども氏名 対象者氏名						
生年月日	年	月	日			
支給申請額について 他の助成の有無 (○を付けてください)	各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		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 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食 円	計
申請の理由 (○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 3. 医療証を提示しなかったため 4. 入院時食事代 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)

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)	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)						
				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)					

- \* 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。