

子ども
ひとり親家庭等 医療助成費支給申請書

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)		印 (朱肉を使うもの)				
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。

<p>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) 公務員等で世田谷区からの児童手当支給がない方などは、下記に振込口座を記入してください。</p>						
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、アルファベットでご記入ください。
- * 口座内容を訂正した場合は、二重線で消し、必ず訂正印を押してください。