

申請書記入例

* 訂正箇所には必ず訂正印を押してください

* 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

田谷区長 へ

次のとおり、子どもひとり親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

朱肉を使う印鑑で
押してください。

申請年月日 ○○年 ○月 ○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。

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。

フリガナ	申請者氏名 (医療証又は受給資格認定通知書の保護者)	世田谷 太郎 印 (朱肉を使うもの)	住所	世田谷区世田谷4-21-27 電話 03 (5432) 1111					
フリガナ	子ども氏名 対象者氏名	セタガヤ ジロウ 世田谷 二郎	受給者番号 (医療証番号)	7	7	7	7	7	7
年月日	申請年月日	H 27 年 1 月 1 日							
申請額について 助成の有無 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)					
	独立行政法人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
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	H30年 4月	県立〇〇病院	2100 円
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	H30年 4月	県立〇〇病院	3120 円
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	H30年 4月	△△△△薬局	700 円
医科・歯科・薬剤	入院	年 月		

振込は原則として児童
手当受給者(保護者)で
申請されている口座に振
り込みいたしますので、振
込口座の記入は必要あり
ません。
なお、公務員等で世田谷
区からの児童手当受給が
ない方などは、振込口座
を記入してください。

振込口座を記入され
る場合には、医療証
または受給資格認
定通知書の保護者
名義の口座です。

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. 医療証の提示がなかったため 3. 医療証を提示しなかったため 4. 入院費の滞り 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)
公務員等で世田谷区からの児童手当受給がない方などは、下記に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)	1	1	1	1	1	1	1
	世田谷			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。

ゆうちょ銀行の記入例

- ・ご利用いただける口座は、通常貯金口座・振替貯金口座のみです。
- ・振込用「店名(漢数字3ケタ)」「口座番号(7ケタ)」をご確認のうえ、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	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
	ゆうちょ			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						