第６号様式（第１８条関係）

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受診者	氏名	目黒　青葉		医療証番号	負担者番号	8	1	1	3	x	x	x	x
	生年月日	昭和60 年　1 月　1 日			受給者番号	9	9	9	9	9	9	9	
	保険の種類	国保　国組　(組合)　協会　日雇　船員　共済　後期											
	被保険者記号	１２３		被保険者番号	４５６７								
	保険者名	●●健康保険組合		保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	
申請内容	申請の種類	(一般)　歯科　薬剤　看護　補装具　高額医療費　その他（　　）											
	入院・外来の別	(入院)　外来											
	診療月	令和５ 年 3 月　診療分											
	支給申請額（一部負担金等）	円（　　円）											
	申請の理由	(1) 東京都外の病院等だった　3 高額医療費の支給事由に該当した 2 当制度の対象外の病院等だった　4 その他（　　）											
振込先	金融機関	◆◆◆	(銀行)　信用金庫　信用組合	▲▲▲▲	支店	預金種別	(普通)　当座　貯蓄						
	口座番号	1	1	1	1	1	1	1	口座名義人（カナ氏名）	メグロ　アオバ（申請者の口座）			

上記のとおり、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。
なお、支給決定後は上記の口座に振り込んでください。

令和５ 年　4 月　1 日

目黒区長　あて

住所　目黒区上目黒２－１９－１５－１１１

電話　０３－３７１５－１１１１

申請者氏名　目黒　青葉

申請者の押印が必要です。印は朱肉を使うものを使用してください。簡易スタンプ印は使用できません。

（注意）

必要事項が記載されていない領収書などでは受付できません。

診療月ごとに申請書が必要です。

※印欄は記入しないでください

受付日	担当	領収書	支給決定額
※ ．　．	※	※ 枚	※ 円