

子ども医療助成費支給申請書

子ども氏名					受給者番号									
生年月日	年 月 日													
<p>下記のとおり、子ども医療助成費の支給を申請します。 なお、支給決定後は下記の口座に振り込んでください。 申請日 年 月 日</p> <p>目黒区長 宛て （保護者等） 住 所 _____ 電 話 () _____ 氏 名 _____</p>														
申請の理由	1 医療証を提示できなかった。 3 食事療養標準負担額を支払った。 5 その他(2 当制度対象外の病院等(都外の病院等)だった。 4 都外の国保・国保組合のため医療証の交付を受けていない。													
保険の種類	国保・国組・組合・日雇・船員・共済・協会				保険者番号									
振込先金融機関 医療証の保護者等名義	銀 行 信用金庫 信用組合				支店	普通	コード							
口座番号								口座 名義人 (カナ氏名)						

↑ 上記の太枠内をご記入ください。

領収書(必要項目の記載されたもの。レシートは不可。)は、申請書に糊付け不要です。

また、銀行の支店名は必ず記入してください。

診療 年月	申請の種類	医療費総額		負担 割合	日数	診療 区分	医療機関コード					
		助 成 額										
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費	円		2割	日	入院						
	補装具・その他()	円		3割	(食)	外来						
受付 方法	総合庁舎 ・ 郵送 地区(中・西・南・北)	受付日	(受付者)			入力日						