

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	申請日		年	月	日				
下記のとおり、子ども医療助成費の支給を申請します。過誤または不正等により、子ども医療助成費を二重受給した場合は、当該子ども医療助成費を目黒区に返還すること、子ども医療費助成を受けた医療費は、確定申告及び住民税申告の医療費控除に使用できないことを確認しました。なお、支給決定後は下記の口座に振り込んでください。 目黒区長 宛て (保護者等) 住 所 _____ 電 話 _____ (_____) (自宅 / 母携帯 / 父携帯 / その他 (_____)) 氏 名 _____												
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	普通預金					
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。また、銀行の支店名は必ず記入してください。
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。

診療年月日	申請の種類	医療費総額 助成額	負担割合	日数	診療区分	医療機関コード
年 月 日	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他()	円	2割	日	入院	
		円	3割	(食)	外来	
年 月 日	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他()	円	2割	日	入院	
		円	3割	(食)	外来	
年 月 日	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他()	円	2割	日	入院	
		円	3割	(食)	外来	
年 月 日	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他()	円	2割	日	入院	
		円	3割	(食)	外来	
年 月 日	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他()	円	2割	日	入院	
		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	

※裏面もご確認ください※

申請前にご確認ください

☐ 下記に該当する場合は、子ども医療費助成制度の対象外となります。

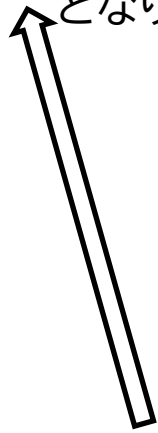
- ・ 保育園・幼稚園・学校等でのケガ等で、日本スポーツ振興センターの災害共済給付金制度の対象となるもの
- ・ 交通事故など、第三者に責を帰するもの
- ・ 他の医療費助成が受けられるもの
- ・ 健康保険が適用されないもの(健康診断・予防接種・薬の容器代・選定療養費等)

☐ すでに子ども医療費助成を受けた医療費は、重複して申請できません。

☐ 提出書類は返却できません。

☐ 子ども医療費助成を受けた医療費分は確定申告・住民税申告の医療費控除に使用できません。

☐ 振込口座は、医療証の保護者欄に記載されているかたの名義の口座となります。



【お問い合わせ先】

目黒区子ども若者部子ども若者課児童手当・医療証係

〒153-8573 目黒区上目黒2-19-15

TEL:03-5722-9864

FAX:03-5722-9328

☒ ご確認後、チェックを入れてください。

裏面の『子ども医療助成費支給申請書』上部の太枠内をご記入ください。

