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			医療証番号	負担者番号										
	生年月日	年　月　日			受給者番号										
	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			被保険者番号											
	保険者名			保険者番号											
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	年　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								口座名義人（カナ氏名）	（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。

年　月　日

目黒区長　あて

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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