第6号様式（第9条関係）

子ども医療助成費支給申請書

子ども氏名		㊚乳 ㊚子 受給者番号	
生年月日	年　　月　　日		

お子様の住所をご記入ください。

…ども医療助成費の支給を申請します。

…は下記の口座に振り込んでください。　　　申請日　　　年　　月　　日

住　所　目黒区　　　　丁目　　番　　号

（方書）

電　話　　　　（　　　　）

（自宅 ／ 母携帯 ／ 父携帯 ／ 勤務先）

（医療証の保護者）

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

＊申請者の押印が必要です。印は、朱肉を使うもので**簡易スタンプ印は不可**です。

医療証に記載のある保護者の氏名、電話番号を記入の上、朱肉を使用し押印してください。
簡易スタンプは不可です。

申請の理由	1　医療証を提示できなかった。　3　食事療… 2　当制度対象外の病院等（都外の病院等）だっ…			
保険の種類	国保 ・ 国組 ・ 組合 ・ 日雇 ・ 船員 ・ …			
振込先金融機関 **（医療証の保護者名義）**	銀　行 信用金庫 信用組合	支店	普通	

口座番号								口　座 名義人 （カナ氏名）	

医療証に記載のある保護者名義の振込先金融機関を記入してください。ゆうちょ銀行の場合も必ず**店番**を記入してください。

↑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、10枚まで**添付して申請できます。領収書は申請書に糊付けしないでください。申請書には、申請者の押印が必要です。また、銀行の支店名は必ず記入してください。

～こちらの欄には記入不要です～

＊上記太枠内のみ記入、押印してください。

＊領収書には次の項目の記載が必要です。

①受診者の氏名　②受診年月日　③領収金額　④保険診療点数
⑤医療機関の所在地・名称・電話番号　⑥領収印

注）上記の項目が記載されていないものは不可です。

診療年月						…ド
年　…						
年　…						
年　…						
年　月	一般・歯科・薬剤・食事療養費 補装具・その他（　　）	円	2割	日	入院	
年　月	一般・歯科・薬剤・食… 補装具・そ…					
年　月	一般・歯科・薬… 補装具・その他…					
受付方法	子育て支援課　・郵送 地区（中・西・南・北）	受付日	（受付者　　　　　）	入力日		

＊領収書は のり付け不要 です＊