

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						
お子さんの住所 をご記入ください。	住所 目黒区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 (方書)		申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
	電話 _____ (_____) (自宅 / 母携帯 / 父携帯 / 勤務先)		日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。						
お子さんの 保険証の種 類をご記入 ください。	(医療証の保護者) 氏名 _____		医療証に記載のある保護者の氏名を記入してください。						
	申の理由 1 医療証を提示できなかった。 3 食 _____) 2 当制度対象外の病院等(都外の病院等) _____		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支店名を記入してください。						
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	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。

～こちらの欄には記入不要です～

* 上記太枠内のみ記入してください。

* 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

注1) 上記の項目が記載されていないものは不可です。
 注2) 領収書に「領収印がないものは無効」と記載がある場合は、領収印が必要です。

年	補装具・その他(_____)	円	3割	(食)	外來		
年 月	一般・歯科・薬剤・食事療養費 _____						
年 月	補装具・その他(_____)						
年 月	一般・歯科 _____						
年 月	補装具・その他 _____						
受付方法	子育て支援課 _____						
	地区(中・西・南・北) _____						
	(受付者 _____)						

* 領収書は のり付け不要 です *