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 | | |

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

目黒区長　宛て

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

| | |
|---|---|
| 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（**医療証の保護者名義**） | 銀行 信用金庫 信用組合　支店 | 普通 | ｺｰﾄﾞ |
| 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 / 助成額 | 負担割合 | 日数 | 診療区分 | 医療機関コード |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 子育て支援課 ・ 郵送 地区(中・西・南・北) | 受付日 | （受付者　） | | 入力日 | |