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　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。

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、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。

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	