

【記入例】

医療助成費支給申請書

該当する医療費助成制度の区分にレ点
チェックを記入してください。

支給決定額 ※ 円

制度区分 乳幼児医療 義務教育就学児医療 ひとり親等医療

清瀬市長殿

下記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、医療助成費の請求及び下記口座に振り込むことを委任します。

平成 ※※ 年 ※※ 月 ※※ 日

医療証に記載される「保護者」欄の方
の氏名をご記入ください。

〒目 842 番地 連絡先 ○○○-○○○○-○○○○

保護者	フリガナ	キヨセ タロウ	申請理由
	申請者氏名	清瀬 太郎 (印)	① 都外での診察のため ② 医療証を非提示 ③ 健保が都外国保のため ④ その他 ()
対象者氏名	清瀬 一郎		
生年月日	昭・平・令 ※年 ※月 ※日		
対象者氏名	清瀬 花子		
生年月日	昭・平・令 ※年 ※月 ※日		
対象者氏名			
生年月日			

医療費の助成を申請する対象者・児童
の氏名及び生年月日をご記入ください。

「対象者氏名」欄に記入された方の健康保険証に記載される「被保険者氏名
(世帯主氏名)」、「保険者番号」等をご記入ください。

加入保険

被保険者氏名	清瀬 太郎	保険者番号	※※※※※※※
被保険者記号番号	記号	※※※※	番号
			※※※※※※※

支給額振込指定口座

児童手当 (市から受給している方) ・ 児童育成手当 ・ 児童扶養手当 と同じ口座を指定
 上記とは別の口座 (保護者の方のもの) を指定

振込先 金融機関	銀行・信金 農協・信組	普通・ 当座	口座番号						
	店・支店 出張所 店番 ()		口座名義 (カタカナ)						

※ 市 振込先として指定する口座にレ点チェックを記入してください。
なお、振込先として指定できる口座は、対象児童の父又は母、若しくは養育者の口座に限ります。

申請 備	5 補装具	外来・入院
---------	-------	-------