



医療助成費支給申請書

※は、市記入欄

※支給決定総額	円
---------	---

制度区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> 義務教育就学児	<input type="checkbox"/> 高校生等	<input type="checkbox"/> 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。

※負担種別	
年	月 日

受給者	住所	清瀬市		連絡先	—	—
	フリガナ			申請理由		
	受給者氏名			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						
生年月日		年	月	日	年	月 日
対象者氏名						
生年月日		年	月	日	年	月 日
対象者氏名						
生年月日		年	月	日	年	月 日

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)						

..... (ここから下は記入しないでください)

※申請の種類	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	入院
※領収書枚数						
※助成金額						

【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。

※支給決定総額	円
---------	---

制度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> 義務教育就学児	<input type="checkbox"/> 高校生等	<input type="checkbox"/> 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。

※負担種別	
-------	--

令和 ※※ 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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

給 者	フリガナ	キヨセ タロウ	申請理由
	申請者氏名	清瀬 太郎	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	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 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。 </div>	
生 年 月 日	※ 年 ※ 月 ※ 日		
対 象 者 氏 名	清瀬 花子		
生 年 月 日	※ 年 ※ 月 ※ 日	年 月 日	
対 象 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	

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)						

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。

申請の					5 補装具	入院
領収書枚数						
助成金額						