第３号様式（第７条関係）

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 | □乳幼児　□義務教育就学児　□高校生等　□ひとり親等 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 連絡先  清瀬市 | | | | |
| 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 | | | |

加入保険（※種別：　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保  険者氏名 |  | | | 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**) |  | | | | | | |

（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 | 外来 | 入院 |
| ※領収書枚数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ※助成金額 |  |  |  |  |  |

第３号様式（第７条関係）

**【記入例】**

医療助成費支給申請書

※は、市記入欄

**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 | □乳幼児　□義務教育就学児　□高校生等　□ひとり親等 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ＸＸ 年　ＸＸ月　ＸＸ日** | |
| 受　給　者 | 住所 | 連絡先**○○○-○○○○-○○○○**  **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。**  **清瀬市清瀬市中里五丁目８４２番地** | | | | |
| フリガナ | **キヨセ　タロウ** | | 申請理由 | | |
| 受給者氏名 | **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** |  | | | |
| 生年月日 | | **平成 ＸＸ 年　ＸＸ月　ＸＸ日** | 年　　　月　　　日 | | | |
| 対象者氏名 | | **清瀬　あい** | **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。** | | | |
| 生年月日 | | **令和 　Ｘ 年　ＸＸ月　ＸＸ日** | 年　　　月　　　日 | | | |
| 対象者氏名 | |  |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日  **「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（※種別：　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** |  |
| ※※※※※※※　　　店・支店  出張所  店番（　ＸＸＸ　） | 口座名義  (**カタカナ**) | **キヨセ　タロウ** | | | | | | |

（ここから下は記入しないでください。）

**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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※申請の種類 | １ 医 科 | ２ 歯 科 | ３ 調 剤 | ４ 看 護 | ５ 補装具 | 外来 | 入院 |
| ※領収書枚数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ※助成金額 |  |  |  |  |  |