

# 医療助成費支給申請書

支給決定額	※	円
-------	---	---

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

令和	年	月	日
----	---	---	---

保護者	住所	清瀬市		連絡先
	フリガナ			申請理由
	申請者氏名		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				
生年月日		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令
対象者氏名				
生年月日		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令
対象者氏名				
生年月日		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令

加入保険

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)						

※ 市記入欄（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
備考						