



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 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	
	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

☒ 乳 幼 児☐ 義 務 教 育 就 学 児☐ 高 校 生 等☐ 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 ○○○-○○○○-○○○○

給 者	フリガナ	キヨセ タロウ	申請理由 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 ()
	申請者氏名	清瀬 太郎	
対 象 者 氏 名		清瀬 一郎	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		※ 年 ※ 月 ※ 日	
対 象 者 氏 名		清瀬 花子	年 月 日
生 年 月 日		※ 年 ※ 月 ※ 日	
対 象 者 氏 名			年 月 日
生 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						