

ひとり親家庭等医療費助成制度

支給申請書

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度

負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								氏名	
								生年月日	年 月 日

申請の理由	1 医療証が届く前の診療 2 医療証を持参しなかった 3 都外の病院の診療 4 補装具等の購入 5 その他（ ）								
診療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで（領収書 枚）								
振込先口座情報	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 （口座名義のみ記入してください。公金受取口座を登録していない場合は選択できません。） <input type="checkbox"/> 振込先口座を指定する。（口座名義・金融機関・口座番号 を記入してください。）								
口座名義 (カタカナ)									
金融機関	銀行・信金				支店				
	信組・農協								
	金融機関コード					支店コード			
口座番号	普通・当座								

調布市長 宛

上記のとおり、医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

_____年_____月_____日

住 所 調布市 _____

電話番号 (自宅・父・母) _____

氏 名 _____

(注意) 1 領収書（原本）を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。
 2 振込口座の名義人は、ひとり親家庭等医療費助成制度の場合は受給者、乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度の場合は、対象者又はその配偶者に限ります。

※ 市 処 理 欄 ※

領収書等枚数	<input type="checkbox"/> 領収書 _____枚 (内訳) <input type="checkbox"/> 決定通知書 _____枚	受 付
支給決定額	_____円 (内訳)	
備 考	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

