

| | | | |
|----|-----|-----|----|
| 資格 | 保険証 | 領収書 | 訂正 |
| | | | |

子ども医療助成費支給申請書

| | | |
|------------------------|---|----------|
| フリガナ 子ども氏名 (対象者) | 生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 保育園・ 幼稚園・ 学校等名称 | なし | |
| 他の医療助成の有無 | なし・ あり (1.マル親 2.マル都 3.マル障 4 その他(未熟児養育医療)) | |

支給額は下記の口座に振り込んでください。

| | | | | |
|-------------|------|------|---------------|--|
| 振込先 金融機関 | 銀行 | 1 普通 | 口座番号 | |
| | 信用金庫 | 店 | フリガナ | |
| | 信用組合 | 2 当座 | 口座名義 (保護者) | |

上記のとおり、必要書類を添付し、医療助成費の支給を申請します。
 なお、支給申請額は子どもの医療費の助成に関する条例により算定された額とします。
 また、区が本助成のために必要な関係機関への照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

墨田区長 あて

保護者 住所

氏名

電話

- (注意) 1 太枠の中は全て記入し、訂正があった場合は訂正印を押印してください。
 2 番号をつけてある欄は該当の番号を で囲んでください。
 3 保険で付加給付のある場合は申し出てください。

事務処理欄

| | |
|-----------|---------------|
| 負担 | 乳幼児 ・ 子ども |
| 受給者番号 | |
| 区分 | 入院 ・ 入院外 |
| 診療等を受けた期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 医療費総額 | 円 |
| 支給決定額 | 円 |