※受付印

㊔ 医療助成費支給申請書

※欄は記入しないでください。

有効期間	※　年　月　日 ～　年　月　日	受付番号	※

太枠内を記入してください。

負担者番号	8	1	1	3	7	3	2	5	加入健康保険	被保険者（世帯主）	町田　森野		
受給者番号	1	1	1	1	1	1	1			記号	12-34	番号	123
受診者氏名（フリガナ）	マチダ　モリノ 町田　森野									保険者	番号	123456	
生年月日	昭和　60 年　1 月　1 日										名称	○○健康保険組合	

保険診療以外の医療費・入院時の食事療養費は、医療費助成の対象外です。

病院等の名称	町田なかよし医院　他　2　件		
申請の種類	(1). 医科　2. 歯科　(3). 調剤　4. 看護　5. 移送　6. 補装具　7. その他（　）		
入院外来の別	1. 入院　(2). 外来	支給申請額	円
診療等を受けた期間	令和5年4月15日から 令和5年5月20日まで （領収書枚数　5　枚） 高額療養費に該当する場合は１ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。	医療費総額	※
		一部負担金	※
		支給決定額	※　円

振込先金融機関	町田なかよし　(銀行)・信金・農協　市役所前　(支店)・出張所				(普通)・（　）
店番号	1 2 3	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義（カタカナ）	マ チ タ ゛ モ リ ノ

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度（㊔）の医療助成費の支給を申請します。
なお、本書に記入した事項に関して町田市のＯＡ機器に登録することを承諾します。

令和 6 年　1 月　1 日

町　田　市　長　宛

申請者　住　所　〒 194－8520
町田市 森野2－2－22

氏　名　町　田　森　野

連絡先　042　（　724　）2139

受診者の医療証・加入している健康保険証を参照して記入してください。

申請ができる期間は、医療費の支払日の翌日から5年以内です。

また、期間内であれば複数の領収書をまとめてご申請可能ですので、1ヶ月分以上まとめてのご申請をお願いいたします。

受給者（保護者）名義の口座及び受給者（保護者）を記入してください。

入院などの高額な医療費の場合は、受診した翌月以降に1ヶ月分まとめて申請してください。
（高額医療費に該当する可能性があるためで

（注意）1 領収書原本（受診者名、診療日、医療機関名、保険点数、保険診療金額が記載されたもの）を添付してください。
2 ゆうちょ銀行へ振り込む場合は振込み用の店番号・預金項目・口座番号が必要です。
3 一部負担金が自己負担上限額を超えている場合は１ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。

全額を助成する場合は、領収書の返却はできません。必要に応じて、提出前にコピーをおとりください。
助成外の自己負担額がある領収書を確定申告等で使用する場合は、町田市の検印を押印のうえ返却できますので、希望される方は、申請書の余白に「領収書返却希望」とご記入ください。

●全額自己負担(10割負担)した場合などは、先に加入している健康保険組合等への請求が必要になる場合があります。
●原則、振込は月の前半申請は翌月の15日、月の後半申請は翌月の末日です。
※高額療養費に該当する場合など、振込までに数か月を要する場合があります。
●郵送でご申請の場合、郵送事故の責任は負いかねます。