※受付印

乳・子・青 医療助成費支給申請書

※欄は記入しないでください。

太枠内を記入してください。

有効期間	※　年　月　日～　年　月　日										受付番号	※		
負担者番号	8		1	3					加入健康保険	被保険者（世帯主）				
受給者番号										記号		番号		
受診者氏名（フリガナ）										保険者	番号			
生年月日	年　月　日										名称			
病院等の名称	他　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	年　月　日から 年　月　日まで （領収書枚数　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	銀行・信金・農協　支店出張所									普通・（　）				
店番号			口座番号						名義（カタカナ）					

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。

上記のとおり、乳幼児医療費助成制度（乳）・義務教育就学児医療費助成制度（子）・高校生等医療費助成制度（青）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。

年　月　日

町　田　市　長　宛

医療証に記載されている保護者　住　所　〒
町田市

氏　名

連絡先　（　）

（この申請についてわかる方の電話番号を記載してください。）

（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 **保護者**の氏名は**医療証に記載されている保護者**であり、**振込先名義と同一**となります。
3 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。

口座	児手口座・前回口座
領収書	返却希望あり
高額	支払遅れ了承済