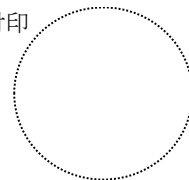


※受付印



乳・子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。

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。

有効期間	※ 年 月 日 ~ 年 月 日						受付番号	※	
負担者番号	8	8	1	3				被保険者 (世帯主)	
受給者番号								記号	番号
フリガナ 受診者氏名							加入健康保険 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 (領収書枚数 枚) <small>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。</small>	年 月 日から 年 月 日まで		医療費総額		※				
			自己負担額		※				
			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・()	
<small>(医療証に記載の保護者名義の口座を記載してください。)</small>									
店番号		口座 番号					名義 (カタ)		
<p>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)の医療助成費の支給を申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>町 田 市 長 宛</p> <p><u>医療証に記載されている保護者</u> 住 所 〒 町田市</p> <p>氏 名</p> <p>連絡先 ()</p> <p><small>(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。)</small></p>									

- (注意)
- 1 領収書原本 (保険点数か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。
 - 4 ゆうちょ銀行へ振込む場合は振込み用の店番号・預金種目・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	支払遅れた承済