



親 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	1	1	3							被保険者 (世帯主)			
受給者番号											加入健康保険 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		※						
						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)						
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度(親)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。</p> <p>年 月 日</p> <p>町 田 市 長 宛</p> <p>申請者 住 所 〒 町田市</p> <p>氏 名</p> <p>連絡先 ()</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 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。
 - 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。

口座	児手口座・前口座
領収書	返却希望あり
高額	支払遅れ了承済