

乳・子・青 医療助成費支給申請書

受付番号

※

(申請にあたってのご注意)

- 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) の添付が必要です。
- 2 領収書原本は原則返却できません。必要な場合は、事前にコピーをお取りください。
※保険診療適用外の自己負担額があり、領収書原本返却希望の場合は、この申請書左側余白に「原本返却希望」とご記入ください。なお、保険診療適用外の自己負担額がなく、全額助成対象の場合、領収書原本は返却できないことをご了承ください。
- 3 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。

太枠内を記入してください。

負担者番号	8	8	1	3	8	3	2	6	加入健康保険	被保険者 (世帯主)	町田 森野												
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		記号	12-34	番号	5678											
フリガナ 受診者氏名	町田 旭								保険者	番号	1234												
生年月日	2025 年 1 月 1 日								名称	〇〇健康保険組合													
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 ()								診療等を受けた期間	2023年 4月 5日から 2023年 4月 9日まで (領収書枚数 5枚)													
入院外来の別	1. 入院 2. 外来								支給申請額	円													
振込先	1. 児童手当と同じ口座 2. 前回と同じ口座 3. それ以外の口座 (下記に記載) (公務員の場合選択不可) (医療証記載の保護者名義の口座に限りです)																						
振込先 金融機関	町田 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	4	5	6	7	8	9	0	名義 (カタカナ)	マ	チ	タ	・	モ	リ	ノ				
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。 2025 年 1 月 1 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 森野2-2-22 氏 名 町田 森野 連絡先 090 (1234) XXXX (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。)																							

★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。
★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。

対象児童の医療証・加入している健康保険の情報を参照して記入してください。

複数の領収書をまとめてご申請可能です。

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。

※ゆうちょ銀行へ振り込む場合は、振込用の店番号・口座番号が必要です。

- 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。
※補装具など健康保険へ事前に請求が必要な場合、健康保険への請求期間は2年間なのでご注意ください。
- 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、振込は申請月の翌月末日です。※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。