

乳 · 子 · 青

(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。

[illegible]

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。)

事務処理欄

高額説明済み
支払遅れ了承済

医療費総額			
一部負担金			
支給決定額	円		

★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。