

**親**ひとり親家庭等医療費助成制度

支給申請書

**乳子**乳幼児・義務教育就学児医療費助成制度

※領収書： \_\_\_\_\_ 枚  
 ※決定通知書： \_\_\_\_\_ 枚

支給決定額 ※ \_\_\_\_\_ 円

負担者番号								フリガナ	
受給者番号								対象者氏名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								対象者氏名	
								生年月日	年 月 日
負担者番号								フリガナ	
受給者番号								対象者氏名	
								生年月日	年 月 日

被保険者氏名		保険者番号							
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 訪問看護 5 補装具 6 その他								
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外								
診療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで (領収書 枚)								
申請の理由	1 医療証が届く前の診療 2 医療証を持参しなかった 3 都外の病院の診療 4 補装具等の購入 5 その他 ( )								

支給額は下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関 (コード)	銀行 信金 信組	_____支店	1 普通 2 当座	口座番号					
				フリガナ					
				口座名義人					

上記のとおり、(ひとり親家庭等 / 乳幼児・義務教育就学児) 医療費助成の支給を申請します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

調布市長 宛

住 所 調布市 \_\_\_\_\_  
 電話番号 (父・母・自宅) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

受付印

- (注意) 1 太枠内を記入してください。  
 2 領収書(原本)を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。  
 3 振込口座の名義人は、児童の保護者またはその配偶者に限ります。