

世田谷区長 あて

次のとおり、子ども等 医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。
ひとり親家庭等

* 領収書を添付してください。

申請年月日

年

月

日

フリガナ			住所					
申請者氏名 (医療証又は受給資格 認定通知書の保護者)				電話 ()				
フリガナ			受給者番号 (医療証番号)					
子ども等氏名 対象者氏名								
生年月日	年	月	日					
支給申請額について 他の助成の有無 (○を付けてください)	高額療養費・付加給付による給付			有・無	交通事故等第三者行為による給付			有・無
	日本スポーツ振興センターの学校災害共済給付			有・無	他の医療費助成制度			有・無
申請種類	入院・外来	診療年月	医療機関等の名称	支給申請額	助成額		整理番号	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院 外来	年 月		円	食	円	計	
申請の理由 (○を付けてください)	1. 医療証を使うことができない医療機関等のため 2. 医療証交付前のため 3. 医療証を提示しなかったため 4. 入院時食事代のため 5. 受給資格認定通知書のため 6. その他()							

医療助成費は、下記の口座に振り込んでください。

児童手当受給者(保護者)の口座※に振込(下記欄の記入は必要ありません)

※原則、直近で児童手当が振り込まれた口座になります。

世田谷区からの児童手当支給がない方などは、下記に必ず振込口座を記入してください。

振込先 金融機関 (一部金融 機関を除く)	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	普通	口座番号 (右詰で記入)						
				口座名義 (カタカナで記入)	(医療証又は受給資格認定通知書の保護者名義)					

* 口座名義は医療証又は受給資格認定通知書の保護者となります。

* 口座名義がアルファベットで登録されている方は、アルファベットで記入してください。

* 口座内容を訂正する場合は、二重線で消して、正しい内容が分かるように記入してください。