

# 申請書記入例

\* 太枠内を記入してください

第6号様式  
子ども等 医療助成費支給申請書  
ひとり親家庭等

申請者は、医療証又は受給資格認定通知書の保護者です。

等 医療費助成制度の医療助成費の支給の申請をします。  
家庭等 してください。

申請年月日 令和〇〇年 〇月 〇日

セタガヤ タロウ  
申請者氏名 (医療証又は受給資格認定通知書の保護者) 世田谷 太郎  
住所 世田谷区世田谷4-21-27  
電話 03 ( 5432 ) 1111

セタガヤ ハナコ  
受給者番号 (医療証番号) 7 7 7 7 7 7 7  
世田谷 花子  
H27年 1月 1日

健康保険組合等の高額療養費・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
① 医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院	R1年 8月	県立〇〇病院	3,120 円	食 円	計
	外来				円	
① 医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院	R2年 10月	県立〇〇病院	2,100 円	食 円	計
	外来				円	
① 医科・歯科・ <u>薬剤</u> 補装具・その他	入院	R2年 10月	△△△薬局	800 円	食 円	
	外来				円	
① 医科・ <u>歯科</u> ・薬剤 補装具・その他	入院	R3年 4月	□□歯科医院	500 円	食 円	
	外来				円	
① 医科・歯科・薬剤 <u>補装具</u> ・その他	入院	R4年 8月	〇△整形外科	25,650 円	食 円	
	外来				円	
① 医科・歯科・薬剤 補装具・その他	入院	年 月			食 円	
	外来				円	

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  
③ 医療証を提示しなかったため  
④ 入院時食事代  
⑤ 受給資格認定通知書のため  
⑥ その他(補装具作成のため)

世田谷区からの児童手当支給がない方は、必ず振込口座を記入してください。

振込口座を記入の場合、医療証又は受給資格認定通知書の保護者名義の口座です。児童手当受給と同じ口座に振込を希望の場合は、振込先を記入する必要はありません。

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)  
※原則として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)	世田谷	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)	1	1	1	1	1	1	1
					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) セタガヤ タロウ						

\* 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。

## ゆうちょ銀行の記入例

- ・ご利用いただける口座は、通常諸金口座・振替貯金口座のみです。
- ・振込用の「店名(漢数字3桁)」「口座番号(7桁)」をご記入ください。

振込先 金融機関 (一部金融機関を除く)	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇九八 本店 支店	普通	口座番号 (右詰で記入)	1	1	1	1	1	1	1
					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) セタガヤ タロウ						