

★太線の枠内をご記入ください

様式第5号（第9条関係）

★ 日中の連絡先

氏名：( )

電話：( )

携帯：( )

- 乳幼児医療費助成支給申請書
- 義務教育就学児医療費助成支給申請書

国分寺市長 殿

下記の申請理由により、領収書を添えて乳幼児医療費/義務教育就学児医療費助成制度の医療助成費支給申請します。なお、支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。また、この申請の事項は、子ども子育て支援課長において保管され、私の個人情報、電子計算組織に記録されることに同意します。

申請者記入欄		申請年月日		年 月 日		申請番号							
		(フリガナ)				銀行 支店							
		(医療証に記載されている) 保護者の氏名				信金 出張所							
						番号 農協 支店コード							
		(フリガナ)				口座番号		保護者名義 (カタカナ)					
<input type="checkbox"/> 乳幼児 の氏名 <input type="checkbox"/> 児童				申請理由		該当の番号を○で囲んでください 1, 東京都以外での受診 ※枝番 2, 医療証交付前の受診 ※枝番 3, その他 ※枝番 ( )							
		受給者番号				支給決定額		円					
診療内容 (医療機関別・診療科別・診療月別・通院入院別)		診療科 通院入院の区別		診療等を受けた期間		総医療費 自己負担額		附加給付 高額療養費		支給申請額		資格取得年月日 公費区分	
		1 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
		通院・入院		月 日まで		円		円					
		2 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
		通院・入院		月 日まで		円		円					
		3 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
		通院・入院		月 日まで		円		円					
		4 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
		通院・入院		月 日まで		円		円					
		5 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
		通院・入院		月 日まで		円		円					
		6 医科・歯科・薬剤		年 (日間)		(2・3割)		□なし				年 月 日	
		その他 ( )		月 日から		円		円		* 円		□都費 □市費	
通院・入院		月 日まで		円		円							

保険の種類・記号番号・被保険者（世帯主）・名称等及び医療機関の名称・所在地は別紙のとおり

確認事項	領収証 枚 ( 社保・国保 )
入院等の場合	<input type="checkbox"/> 高額療養費 有・無 <input type="checkbox"/> 世帯合算 有・無 <input type="checkbox"/> 附加給付 有・無 <input type="checkbox"/> 同月内 ¥21,000以上の診療 有・無
その他公費負担	<input type="checkbox"/> 養育医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性疾患医療 <input type="checkbox"/> 難病医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (育成医療・その他)
治療用眼鏡	<input type="checkbox"/> 前回作成 有・無 → 処方年齢 5歳未満(1年経過)・5歳以上(2年経過)