

★太線の枠内をご記入ください

様式第9号（第19条関係）

★日中の連絡先

氏名：()

電話：()

携帯：()

ひとり親家庭等医療費助成費支給申請書

国分寺市長 殿

下記の申請理由により、領収書を添えてひとり親家庭等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、子ども子育てサービス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)		↓医療証に記載されている保護者名義の口座を記入↓					
		申請者の氏名 (保護者)		銀行	支店	信金	出張所	農協	支店コード
		(フリガナ)		番号	口座番号	名義 (カタカナ)			
		受給者の氏名 (受診者)	保護者名と受給名が同じ場合は、同上と記入してください	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 ()				
		負担者番号		支給決定額		* 円			
		受給者番号							
診療内容 (医療機関別・診療科別・診療月別・通院入院別)	枝番	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	資格取得年月日等		
	1	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		
	2	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		
	3	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		
	4	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		
	5	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		
	6	医科・歯科・薬剤 その他 ()	年 (日間) 月 日から 月 日まで	(3割) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日 <input type="checkbox"/> 一部負担有り <input type="checkbox"/> 一部負担無し		

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)

医療費等の場合	<input type="checkbox"/> 高額療養費 有・無 <input type="checkbox"/> 附加給付 有・無 <input type="checkbox"/> 世帯合算 有・無
	<input type="checkbox"/> 同月内自己負担額 ¥21,000以上の診療 有・無 <input type="checkbox"/> 高額医療費(同月合算)個人・世帯 円
治療用眼鏡	<input type="checkbox"/> 前回作成 無・有 →処方年齢 5歳未満(1年経過)・5歳以上(2年経過) その他公費負担 有()・無