

★太線の枠内をご記入ください

様式第5号（第9条第12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	↓医療証に記載されている保護者名義の口座を記入↓	
	(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		番号	支店コード
			口座番号	保護者名義 (カタカナ)
	(フリガナ)		申請理由	該当の番号を○で囲んでください
<input type="checkbox"/> 乳幼児 の氏名 <input type="checkbox"/> 児童		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
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 公費区分		
1	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	
2	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	
3	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	
4	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	
5	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	
6	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 2・3割 ) 円	<input type="checkbox"/> なし 円	* 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費	

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"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 養育医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性疾患医療費助成 ( 食事日数 日間 )
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)