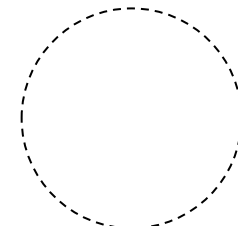


児童医療費助成金支給申請書

（宛先）大田区長

次のとおり、児童医療費助成金を申請します。

受給者番号								申請日		年 月 日	
保 護 者	住所							受 診 者	フリガナ		
	電話番号 ()								氏 名		
	氏 名								生年月日		
									有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日		
	受診者との続柄 ()							加 入 保 険	保険の種類		
								保険者番号			
振 込 先	☐ 振込口座を指定する（下欄記入）※保護者名義に限る ☐ 公金受取口座を利用する（下欄記入不要） ※ 公金受取口座とは、マイナポータル等で公金受取口座として登録された口座です。										
	銀行・信金・信組・組合							支店（支店番号：)			
	口座番号							口座名義（カナ）			
入院・外来の別		1 入院 2 外来									
申請の種類		1 医科 2 歯科 3 調剤 4 補装具 5 看護 6 食事療養費 7 その他									
受診等の期間		年 月 日 から 年 月 日 まで									
病院等の名称								枚			
申 請 の 理 由		1 医療証交付前の診療分だった。 2 医療証を持参しなかった。 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった。 4 その他									

事務処理欄		支給申請額		円		支給決定額		円	
行	1	2	3	4	5	6			
診療種別									
診療月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月			
入・外 別	1入 ・ 2外	1入 ・ 2外	1入 ・ 2外	1入 ・ 2外	1入 ・ 2外	1入 ・ 2外			
総医療費	円	円	円	円	円	円			
負担割合	2割 3割 その他	2割 3割 その他	2割 3割 その他	2割 3割 その他	2割 3割 その他	2割 3割 その他			
保険診療額	円	円	円	円	円	円			
調整額	円	円	円	円	円	円			
食事療養費	円	円	円	円	円	円			
助成額	円	円	円	円	円	円			

負担区分 1 都 2 区 3 児童 4 児童都 5 児童区