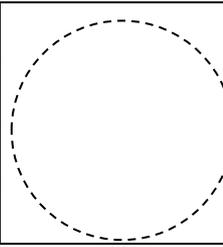


児童医療費助成金支給申請書

(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							
	受診者との続柄 ()				有効期限 年 月 日～ 年 月 日								
		加入 保 険		保険の種類									
				保険者番号									
振込先口座 (登録済の場合のみ)		銀行 支店 (口座名義)				□左記登録済口座 □下記新規口座							
振込先口座 (上記保護者本人の普通預金口座に限る)		銀行・信金・信組				口座番号							
		支店・出張所 (No.)				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	年 月	年 月
入・外 別	1入・2外							
総医療費	円	円	円	円	円	円	円	円
負担割合	2割 3割 その他							
保険診療額	円	円	円	円	円	円	円	円
調整額	円	円	円	円	円	円	円	円
食事療養費	円	円	円	円	円	円	円	円
助成額	円	円	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