

※収受印

(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成支給申請書

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---|---|---|---|---|-----|--------|-------|---|---|
| ※<br>受給者番号                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                              | ※<br>入力         |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| フリガナ                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              | 生年月日            | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 対象者氏名                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 医療保険資格について                                                                                                                      | 該当する場合には☑をつけてください。<br>直近 1 年間で、保険資格情報に変更があった。<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (保険変更の手続きが必要な場合があります)<br>同意する場合は、☑を付けてください。<br><input type="checkbox"/> 医療助成費支給申請の審査のために、保険医療機関等又は加入医療保険の保険者に助成対象者の情報を照会することに同意します。 |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 診療期間                                                                                                                            | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで                                                                                                                                                                                                                       |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 申請額                                                                                                                             | 円(食事療養費、保険外診療等を除く。)                                                                                                                                                                                                                          |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 振込先<br>金融機関                                                                                                                     | 金融機関名                                                                                                                                                                                                                                        | 本・支店名           | 店番号                  |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
|                                                                                                                                 | 銀行<br>金庫<br>組合                                                                                                                                                                                                                               | 支店<br>支所<br>出張所 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| ※申請者名義の<br>口座に限る。                                                                                                               | 口座番号                                                                                                                                                                                                                                         |                 | 口座名義 (カタカナで記入)       |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| ※申請者と同一                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| 上記のとおり、(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成事業の医療費の支給を申請します。<br>令和 年 月 日<br>(宛先) 厚 木 市 長<br>住 所 厚木市<br>申 請 者 氏 名 _____<br>※口座名義人と同一 電 話 ( ) _____ |                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |   |   |   |   |   |     |        |       |   |   |
| ※申請内訳                                                                                                                           | ※診療期間                                                                                                                                                                                                                                        | ※医療機関名称         | ※請求種類                |   |   |   |   |   | ※入院 | ※支給決定額 | ※件数日数 |   |   |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 医                    | 歯 | 調 | 補 | 柔 | 看 | 他   |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 1                    | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |     |        | 円     | 件 | 日 |

※欄は記入しないでください。