

※収受印

(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成支給申請書

※ 受給者番号		※ 入力	
フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和
対象者氏名			年 月 日
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。 直近 5 年間で、保険資格情報に変更があった。 <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) 同意する場合は、☑を付けてください。 <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 金融機関	金融機関名	本・支店名	店番号
	銀行 金庫 組合	支店 支所 出張所	
※申請者名義の 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。

令和 年 月 日

(宛先) 厚 木 市 長

住 所 厚木市

申 請 者 氏 名

※口座名義人と同一 電 話 ( )

※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
		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
		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
		1	3	4	5	6	9			円	件	日
		1	3	4	5	6	9			円	件	日

※申請内訳

※欄は記入しないでください。