

- 子どもの医療費助成制度 (乳) (子) (青) 医療助成費支給申請書
 ひとり親家庭等医療費助成制度 (親)

武蔵野市長 殿

以下のとおりに申請します。

医療証の保護者欄に記載されている方になります。

フリガナ			申請年月日	年	月	日
申請者氏名 <small>※医療証に記載の保護者氏名</small>			電話番号	-	-	
住所	郵便番号		-			
	武蔵野市					
フリガナ			領収書枚数			
対象者の氏名 <small>※医療機関にかかった方</small>						
生年月日	(年	月	日)		
申請理由	1 都外・市外 4 他府県国保	医療証の保護者欄に記載されている方名義の口座に限ります。		年 月 ~ 月分		
振込先金融機関			信組・農協	支店出張所		
金融機関コード/店番号						
預金種別/口座番号	普通口座					
口座名義	上記		領収書は原則返却しません。返却を希望する場合は欄外に「領収書返却希望」と記載してください。支給決定通知書に同封して返却します。			

【申請前に必ず確認してください。】

- 申請者氏名欄には医療証に記載の保護者の氏名
 領収書枚数欄に記載したのと同じ枚数の領収書を封筒に同封している。

【留意事項】

※ 領収書・明細書は返却しませんので、ご了承ください。

領収書返却希望

【市処理欄】

負担者番号	乳	8813	8268	・	2261			
	子	8813	7260	・	5264			
	青	8913	7269	・	5263			
	親	8113	7267(非)	・	6269			
受給者番号								
証有効期間	令和	年	月	日	~ 令和	年	月	日
支給決定金額						円		

- 身元確認 世帯確認

受付印

受付者