

- 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、医療費の助成を申請いたします。

**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		申請日	年 月 日
申請者氏名 ※医療証に記載の保護者氏名		電話番号	— — ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
住所	郵便番号 — 武蔵野市		
フリガナ		領収書枚数	枚
対象者の氏名 ※医療機関にかかった方			
生年月日	年 月 日	診療期間	年 月 ~ 月分
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	

**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。**

**【ゆうちょ銀行の場合】**

- ・支店コードは「記号」の2~3桁目の数字を記入し、最後に「8」をつける。支店名は支店コードと同じ数字を記入。
  - ・口座番号は「番号」の最後の「1」をとり、右詰めで記入。7桁にならない場合は頭の空いた枠に「0」を記入。
- 例① 記号:10123 番号:12345671 ⇒ 支店コード:018 支店名:〇一八支店 口座番号:1234567  
 例② 記号:10123 番号:1234561 ⇒ 支店コード:018 支店名:〇一八支店 口座番号:0123456

※通帳をお持ちの方は、見開きページの下部に振込用の店名や口座番号が記載されていますので、そちらもご参照ください。

**【申請】**

申請

領収書

**【留意】**

※ 領収書

**領収書は原則返却しません。助成対象外部分がある領収書のみ、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。

(注意) 返却希望の記載があっても、助成対象外の部分がない領収書は返却しません。

**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