

## 子どもの医療助成費支給申請書

武蔵野市長殿

下記のとおり、子どもの医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日								
保護者氏名 <small>※医療証に記載の方</small>			電話番号	— —								
住所	〒 — 武蔵野市											
フリガナ			医療証	負担者番号	8	8	1	3				
子どもの氏名 生年月日 (平成・令和 年 月 日)				受給者番号								
健康保険	記号	番号・枝番	保険者番号									
	<small>国民健康保険(組合) 健康保険組合・共済組合 支部(全国健康保険協会)</small>											
申請理由	1 都外・市外診療 2 医療証送付前診療 3 医療証忘れ 4 他府県国保 5 補装具 6 その他( )		診療期間 (入院・入院外)	平成・令和 年 月 日 ～平成・令和 年 月 日								
申請金額			円	領収書枚数								枚

児童手当の振込口座に振込を希望します。

注 公務員の方や高校生等に係る対象者の場合は、武蔵野市で児童手当の口座が確認できないため、下記の欄に振込口座をご記入ください。

下記の口座に振込を希望します。

振込先金融機関	銀行・信金 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(カタカナ)		

※医療証に記載の保護者の名義に限ります。

**【申請前に必ず確認してください】**

- 保護者氏名欄には医療証に記載の方の氏名を記入している
- 振込先口座名義欄は保護者氏名欄に記載した方と同じになっている
- 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

**【市処理欄】**

区分	マル乳 マル子 高校生等
証有効期間	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
支給決定金額	円

身元確認  世帯確認

受付印

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

受付者