

武蔵野市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則：第5号様式（第12条関係）
武蔵野市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則：第9号様式（第20条関係）

☐ 子どもの医療費助成制度 ☒ 乳 ☒ 子 ☒ 青
☐ ひとり親家庭等医療費助成制度 ☒ 親

医療助成費支給申請書

武蔵野市長 殿

以下のとおり、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				
申 請 理 由		1 都外診療 2 医療証送付前診療 3 都外国保 4 医療証忘れ 5 補装具 6 その他()		診療期間	年 月～ 月分	
振込先	金融機関コード				金融機関名	銀行・信金 信組・農協
	支店コード				支店名	支店 出張所

【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。

【申請前に必ず確認してください】

- ☐ 申請者氏名欄に
☐ 領収書枚数欄に
- 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
- いる。
 付している。

【留意事項】

※ 領収書・明細書は

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。

領收書返却希望

【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	