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 ㊙㊀㊂ □ ひとり親家庭等医療費助成制度 ㊞ 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		申請年月日	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・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	年　月～　月分
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	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

子ども子育て支援課0604