

記入例

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

ひとり親医療証受給者の受給者番号（医療証に記載）・氏名・生年月日をご記入ください。

記入不要

振込先の口座情報を記入してください。
※ひとり親医療証を受給している方名義の口座に限ります。

申請日を記入してください。

申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。
※申請者はひとり親医療証受給者となります。

受給者番号							氏名			生年月日										
7	6	5	4	3	2	1	品川 花子			昭和○年○月○日										
医療機関名							別紙領収書のとおり													
医療種別																				
入院外来別							1 入院							2 外来						
診療年月日							年 月 日							～ 年 月 日						
実日数							日													
支給申請額							円													
医療費							円													
医療点数							点													
食事療養費							円													
薬剤負担金							円													
助成決定額							円													
育成区分																				
振込先金融機関名		コード 1 1 1 1				店番 2 3 1			普通		口座番号 1 2 3 4 5 6 7									
品川銀行						品川支店					口座名義（カタカナで記入）									
											シナガワ ハナコ									
ひとり親家庭等医療費助成制度の助成費を申請します。 なお、助成額は上記の口座に振り込みください。																				
品川区長 あて 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日																				
住所 <u>品川区広町2-1-36</u>																				
氏名 <u>品川 花子</u>																				
電話 <u>03 - 5742 - 9174</u>																				