

ひとり親家庭等医療費支給申請書

受給者番号				氏名				生年月日			
医療機関名		別紙領収書のとおり									
医療種別		01 一般		02 歯科		03 調剤		04 看護			
		05 補装具		06 柔道整復		07 その他()					
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		店番		普通		口座番号			
		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所				口座名義(受給者の口座名義をカタカナで記入)			
<p>ひとり親家庭等医療費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。</p> <p style="text-align: center;">品川区長 あて 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏名 (受給者)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話</p>											

保険証確認		医療証確認		窓口担当者		審査	
-------	--	-------	--	-------	--	----	--