ひとり親家庭等医療費支給申請書

選択	受給者番号	氏名	生年月日

医療機関名	
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
				口座名義（カタカナで記入）

ひとり親家庭等医療費助成制度の助成費を申請します。　　令和　年　月　日
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

住　所

氏　名

電　話　（　　）

保険証確認		医療証確認		窓口担当者		審　査	