

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						本店						口座名義(受給者の口座名義をカタカナで記入)																							
				信用金庫						支店																													
				信用組合						出張所																													

子どもすこやか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

年

月

日

住所

氏名
(受給者)

電話

保険証確認		医療証確認		窓口担当者		審 査	
-------	--	-------	--	-------	--	-----	--