

記入例

子ども医療費支給申請書

受診したお子様の受給者番号（医療証に記載）・氏名・生年月日をご記入ください。

受給者番号							氏名			生年月日					
7	6	5	4	3	2	1	品川 太郎			令和4年1月1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															

記入不要

振込先の口座情報を記入してください。

※医療証に記載されている保護者様名義の口座に限ります。

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			シナガワ ハナコ												

申請日を記入してください。

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

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 品川区広町2-1-36

氏 名 品川 花子

電 話 03 - 5742 - 9174

申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

※申請者は医療証に記載されている保護者様になります。