

市受付印
------



# 乳幼児医療助成費支給申請書

(宛先) 小金井市長

受付者

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、情報システムに記録されることを了承します。

年 月 日申請

記

乳 幼 児 医 療 証 の 記 載 内 容													
医療証 番号	負 担 者 番 号							受 給 者 番 号					
	8	8	1	3		3	3						
乳幼児 氏名							乳 幼 児 生年月日	年 月 日					
保護者 氏名							住 所	小金井市					

申 請 内 容				
申 請 種 類	1 一般 5 補装具	2 歯科 6 養育医療	3 薬剤 7 小児慢性	4 看護 8 その他 ( )
入 院 ・ 入 院 外 の 別	1 入院                      2 入院外			
申 請 の 理 由	1 都外の病院等での診療 2 医療証を持っていなかった。 3 補装具の費用		4 小児慢性負担金 5 養育医療負担金 6 その他 ( )	
添 付 書 類	1 領収書 (          枚) 2 療養費決定通知書 3 医師の診断書 (補装具の場合)		4 医療券の写し (小児慢性の場合) 5 養育医療納入領収書 (養育医療の場合) 6 その他 ( )	

## 必ず領収書原本を添付すること

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支 店 出張所			
	金融機関コード			支店コード				
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号					
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)			カタカナで記入してください。				
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可。)					( )			

市 記 入 欄		
不足 書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)
連絡 事項		
支給決定額		