

乳幼児等医療助成費支給申請書

負担者番号	8	8	1	3					乳幼児等の氏名		
受給者番号									生 年 月 日	年 月 日	
健康保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会			被 保 険 者 氏 名							
	4 船員 5 日雇 6 共済			被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号 等							
保 険 者	番 号						名 称				
診療等を受けた期間		年 月 日 から				年 月 日					
申請の理由	1 制度対象外の医療機関のため			2 医療証を提示しなかったため							
(○をつけてください)	3 補装具等の購入のため			4 その他()							
振 込 先	金融機関コード				店番			普通	口座番号		
金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合			店 出張所		フリガナ 口座名義					
上記のとおり、乳幼児等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 なお、支給決定額については、上記の口座に振り込んでください。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 杉並区長 宛 住 所 杉並区 電 話 氏 名											

(注) 申請者及び口座名義は、医療証の保護者欄に記載されている方になります。

職員記入欄							支給決定額	円
診療年月	診療科目	入院・外来の区分	医療機関名称 / コード		保険点数/助成額	日数	個別処理	
1	年 月	入院・外来			点	日	<input type="checkbox"/>	
			No.		円			
2	年 月	入院・外来			点	日	<input type="checkbox"/>	
			No.		円			
3	年 月	入院・外来			点	日	<input type="checkbox"/>	
			No.		円			
4	年 月	入院・外来			点	日	<input type="checkbox"/>	
			No.		円			

診療科目は、1医科 2歯科 3薬剤 4補装具 5柔整・あはき 6訪問介護

受給者番号訂正欄	申請日	受付	確認	入力
	R 年 月 日			