

子ども医療助成費支給申請書

負担者番号	8	1	3					対象の子ども	
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、子ども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。 年 月 日 杉並区長 宛 住所 杉並区 電話 氏名									

(注) 申請者は医療証の保護者欄に記載されている方(保護者欄に子どもの氏名が記載されている場合は医療証を申請した方)となります。また、振込先金融機関は申請者名義の口座に限ります。

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			