

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

領収書返却希望 有

医療証番号	負担者番号	8	1	1	3		4	8		対象者氏名/生年月日										
	受給者番号									X	ふりがな									
	受給者番号									X	ふりがな									
	受給者番号									X	ふりがな									
	受給者番号									X	ふりがな									
医療証有効期間		年 月 日 から 年 月 日																		
診療を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日																		
入院・入院外の別		入院 ・ 入院外																		
申請の理由		都外診療 ・ 医療証交付前 ・ その他()																		
振込先金融機関を変更したいときは、下記にご記入ください。以後はその口座に振込みます。																				
振込先	銀行 信金 信組 農協				支店		普通	口座番号												
金融機関								口座名義(カナ)												
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。																				
年 月 日																				
稲城市長 殿																				
住所 東京都稲城市																				
氏名																				
電話 ()																				

(注意) 1 ※印欄は記入しないでください。
2 稲城市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。

支給決定額 ※ 円