

※ 郵送事故防止のため、郵送申請は受け付けておりません。
太枠内をご記入の上、窓口までお持ち下さい。

第5号様式（第8条関係）

乳幼児・子ども 医療助成費支給申請書

記入例

対象の乳幼児・子ども	氏名		生年月日		受給者番号														
	荒川 太郎		平成 26 年 5 月 1 日		2	3	4	5	6	7	8								
加入保険	記号	12	番号	3456		被保険者氏名		医療証の上から2段目の7ケタの番号 荒川 一郎											
	お子さんの保険証を確認して記入してください 保険者番号		0	6	1	2	3	4	5	6	資格取得日	平成 26 年 5 月 1 日							
他の医療費助成の有無		無		有		※有の場合は、医療証等の写しを添付													
申請の理由	1. 医療証発行前の受診だった		2. 医療証を持参しなかった		3. 都外又は当制度の対象外の医療機関だった		4. 都外国保・都外国保組合の保険に加入のため		5. 補装具等		6. その他								
振込先金融機関 (医療証の保護者名義)	ゆうちょ		銀行 信用金庫 信用組合		一九八 店		1 普通		コード		9	9	0	0					
	口座番号 (右詰め)		0	1	2	3	4	5	6	フリガナ 名義	アラカワ イチロウ		店番		1	9	8		
荒川区長 殿		乳幼児・子ども医療助成費として上記のとおり申請します。		なお、口座内容に変更が生じた場合には、荒川区が金融機関へ口座情報を確認することに同意します。		申請者 (医療証の保護者)		住所		荒川区荒川 2-2-3-106		氏名		荒川 一郎 ※		電話番号		(090) 1234-5678 (父・母・その他)	
																		※ 医療証の保護者以外の方名義の口座への振込はできません	

※事務処理欄

(受付者: 領収書枚数 枚)

受付印

<ゆうちょ銀行への振込希望の場合の注意>

通帳の「記号・番号」では振込みができません。「振込用の店名・口座番号」が必要です。通帳の表紙裏の「記号・番号」記載ページの下のページ、オレンジ色の帯のところに「振込用の店名・口座番号」の印字があります。その番号を記入してください。(印字なしの場合、郵便局の窓口で印字してもらえます)

印字例... 【店名】一九八 (読み イチキユウハチ)

【店番】198 【預金種目】普通預金 【口座番号】0123456

年	月
~	日
6	その他
円	
年	月
~	日

診療科目	1 内科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他
領収書枚数	枚		支給決定額	円		

小計 円