

※ 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

対象の乳幼児・子ども	氏名				生年月日			受給者番号							
					年 月 日										
加入保険	記号	番号			被保険者氏名										
	保険者番号				資格取得日				年 月 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. 補装具等の購入 6. その他 ( )														
振込先金融機関 (医療証の保護者名義)	銀行 信用金庫 信用組合				店	1 普通 2 当座	コード					店番			
	口座番号 (右詰め)				フリガナ				名義						
年 月 日															
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 氏名 (印) 電話番号 ( ) - (父・母・その他 )															

※事務処理欄

(受付者: 領収書枚数 枚)

支給決定額合計

受付印

1	医療機関名							診療年月	年	月
	コード						1 入院 2 外来	日 ~ 日		
	診療科目	1 医科	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				
2	医療機関名							診療年月	年	月
	コード						1 入院 2 外来	日 ~ 日		
	診療科目	1 医科	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