

市受付印
------

子

# 義務教育就学児医療助成費支給申請書

(宛先) 小金井市長

受付者
-----

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、情報システムに記録されることを了承します。

年 月 日申請

記

義務教育就学児医療証の記載内容													
医療証番号	負担者番号							受給者番号					
	8	8	1	3		3	3						
児童氏名							児童生年月日	年 月 日					
保護者氏名							住所	小金井市					

申請内容			
申請種類	1 一般 5 補装具	2 歯科 6 小児慢性	3 薬剤 7 その他 ( ) 4 看護
入院・入院外の別	1 入院      2 入院外		
申請の理由	1 都外の病院等での診療 2 医療証を持っていなかった。 3 補装具の費用      4 小児慢性負担金 5 その他 ( )		
添付書類	1 領収書 ( 枚) 2 療養費決定通知書 3 医師の診断書 (補装具の場合) 4 医療券の写し (小児慢性の場合) 5 その他 ( )		

## 必ず領収書原本を添付すること

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支店出張所
	金融機関コード			支店コード	
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	カタカナで記入してください。	
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)				
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できる場所。携帯可。)				( )	

市記入欄		
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)
連絡事項		
支給決定額		