□　請求書（印鑑）
□　医療機関領収書
児手口座希望　有・無
（※無の場合は振込口座の分かるものの写しが必要）

東大和市から児童手当を受給しており、お振込口座を児童手当と同口座を希望の方は有に〇をつけてください。

受付確認年月日

記入例

乳　子　青　親
医療助成費支給申請書

負担者番号									受診者氏名	生年月日
受給者番号									大和　太郎	令和〇年　〇月　〇日
受給者番号										年　月　日
受給者番号										年　月　日

医療証記載の負担者番号、受給者番号を記入してください

診療等年月	受診者氏名	外来・入院・調剤・補装具の別	日　数	病院等の名称	※ 支　給　額
〇年　〇月	大和 太郎	外来　入院 調剤　補装具	1 日	病院名	記入不要　円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
年　月		外来　入院 調剤　補装具	日		円
				※ 総支給額	記入不要円

該当する受診区分に〇をつけてください。

振込先金融機関		支店名		口座番号								
銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		種別	普通 当座 貯蓄	フリガナ 口座名義						
金融機関コード		支　店 コード										

公務員の方で児童手当を職場から受給している、またはご希望のお振込口座がある場合は上記にご記入ください。※医療証に記載された保護者の方以外の名義の口座は指定できません
※東大和市から児童手当を受給しており、同口座を希望の方は記入不要です。

上記のとおり、**乳　子　青　親**　医療助成費の支給を申請します。なお、支給額は、上記の口座に振り込んでください。
令和　〇年　〇月　〇日
東大和市長　殿

住所　**東大和市　〇〇　〇丁目〇〇番地の〇東大和アパート〇号室**

（フリガナ）
氏名　**医療証の保護者欄に記載されている方の氏名**

電話　**０００　―０００―００００**