

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)

処理日

受付確認年月日

第7号様式 (第10条関係) 乳・子・青

第10号様式 (第20条関係) 親

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										年 月 日
受給者番号										年 月 日
受給者番号										年 月 日

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
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
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					円

※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。

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									

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 年 月 日
東大和市長 殿 住所 東大和市
(フリガナ)
氏名
電話

(注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。