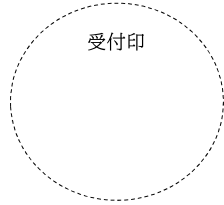


受付	入力	確認
----	----	----



第6号様式(子ども 第9条関係)
第9号様式(ひとり親 第20条関係)

子ども
ひとり親家庭等

医療助成費支給申請書

氏名(患者名)			生年月日(西暦)	年 月 日
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	預金種別	普通預金
	金融機関コード	店番号	口座番号	
	口座名義 カタカナでご記入ください ※お子様と同居している保護者名義に限ります ※姓と名の間はスペース開けてください			
医療助成費の支給を申請します。なお、医療費は指定の口座に振り込んでください。				
西暦 年 月 日				
江東区長殿				
住所 江東区				
電話 ()				
保護者氏名				

事務処理欄

受給者番号		資格取得日	/ /	(~ / /)
事務連絡	<input type="radio"/> 証明書 <input type="radio"/> 高額療養費(適用済・未確認・無) <input type="radio"/> 付加給付金なし <input type="radio"/> 負担割合(無・1割)			

保護者区分(父・母・他) 本人確認(個・免・パ・在・保・他)

代理者確認(氏名:) 受給者との関係: 代理権確認(戸・委・保・医・他) 身元確認(個・免・パ・在・保・他)

	適用額(円)	入院区分	請求種類	診療期間
1				~
2				~
3				~
4				~
5				~
6				~
7				~
8				~
9				~
10				~