受付	入力	確認

受付印

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

対象者の氏名	江東　一子	生年月日	昭・平・令 ○○年○○月○○日
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
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	1.普通　2.当座
		口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	金融機関コード 1 2 3 4	店番号 1 2 3	フリガナ ※左詰で、濁点、半濁点も1文字とし、姓と名の間は1文字空けてください。 コウトウ タロウ
		口座名義	江東　太郎

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。

令和　6　年　○　月　○　日

江東区長　殿

住所　江東区　東陽４丁目１１番２８号

電話　090　（　1234　）5678

保護者氏名　江東　太郎

子ども医療証に記載されている受給者番号

受給者番号	

〔有効期間　　/　　/　～　　/　　/　　〕

ひとり親等医療証に記載されている受給者番号

受給者番号	

〔負担割合　無し　/　1割　〕

〔有効期間　　/　　/　～　　/　　/　　〕

事務連絡	○証明書要（　　）　○その他公費負担（　　）　○ 都外国保

※以下の欄は記入しないでください

高額(付加)　有　・無

事　務　処　理　欄

□保護者区分（父・母・他　　）　□本人確認（個・免・パ・在・保・他　□番号確認（個・通・住・端・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)	給付種別	診療期間		適用額(円)	給付種別	診療期間
1			～	6			～
2			～	7			～
3			～	8			～
4			～	9			～
5			～	10			～
				計	円	※ひとり親自己負担金計	円