



乳幼児医療助成費支給申請書

受付印

負担者番号	8	8	1	3								
受給者番号	5											
フリガナ									生年月日	年	月	日
乳幼児の氏名									生年月日	年	月	日
入院・外来の別	1 入院	2 外来	診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
病院等の名称 所在地	名称		他（ ）箇所									
	所在地		（ ）都・道・府・県				（ ）区・市・町・村					
申請の理由	1 都外受診			2 医療証到着前に受診				3 医療証提示忘れ				
	4 補装具・治療用眼鏡等の購入			5 その他（ ）								
傷病の内容	<input type="checkbox"/> 確認済		保育所や学校管理下での傷病は、日本スポーツ振興センターの給付が受けられる場合があります。給付を受ける場合は、支給申請はできません。									
振込先 金融機関 ※医療証に記載の 保護者の口座	銀行・信用金庫・農協							口座番号				
	本店・支店・出張所							フリガナ				
	店番					普通・貯蓄		口座名義人				
小平市長 殿												
上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。												
年 月 日												
住所	小平市											
氏名	※医療証に記載の保護者の方						連絡先		〔父・母〕※日中連絡の取れやすい連絡先			
※申請期限は領収書の領収日の翌日から5年以内です。10割負担や補装具等の購入の場合は、先に加算の健康保険に保険給付分の請求（2年以内）を行い、支給決定通知書を受け取ってください。												
市記入欄	総医療費		窓口負担額			法定給付額			助成額			
2割												
10割												
補装具等												
高額療養費												
備考（高額療養費の場合は計算式を記入）									総計			
											受付	