



ひとり親家庭医療助成費支給申請書

受付印

負担者番号	8	1	1	3		3	4							
受給者番号	1													
フリガナ									生年月日	年	月	日		
対象者の氏名									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。											
高額医療費 ※	<input type="checkbox"/> 該当（裏面内訳書を記入）					<input type="checkbox"/> 非該当								
	※負担者番号「81136～」で1か月ごと（1年ごと）で1割の自己負担額が下記の上限を超える場合。 外来…月額 18,000 円（年間 144,000 円）、入院…月額 57,600 円（多数回該当 44,400 円）													
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、ひとり親家庭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〕					
※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、先に加入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			自己負担額			助成額				
課税														
非課税														
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		

