

豊橋市育成医療費助成申請書 (記入例)

受診者	フリガナ	トヨハシ ハナコ		生年月日	平成 令和 ○年○月○日
	氏名	豊橋 花子			
	個人番号	1234 5678 9012		電話番号	0532-△△-□□□□
	住所	豊橋市中野町字中原 1 0 0			
保護者	氏名	豊橋 太郎		受診者との続柄	父
	個人番号	1234 5678 9013		電話番号 ※1	090-△△△△-□□□□ (母携帯)
	住所 ※1				
自立支援医療		<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当		受給者番号 ※2	平日昼間連絡が つきやすい電話番号
助成申請額	医療費	年	月	診療分	円
		年	月	診療分	円
		年	月	診療分	円
	食事負担額	年	月	入院分	円
		年	月	入院分	円
		年	月	入院分	円
	合計		円		
振込指定口座 ※3	金融機関名		支店名		
	ゆうちょ 銀行・信金 信組・農協		二三八 本店・支店 出張所		
	金融機関コード		店舗コード		
	9900		238		
	口座種別	口座番号	口座名義		
	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 <input type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 3. その他	1234567	フリガナ トヨハシ 豊橋 太郎		
上記のとおり育成医療費等の助成を申請します。					年 月 日
豊橋市長 様					申請者氏名 豊橋 太郎

- ※1 保護者住所欄及び電話番号欄は、受診者と異なる場合のみ記入する。
- ※2 自立支援医療に該当する方のみ記載
- ※3 振込口座名義は申請者と同一でお願いいたします。なお、郵便局へは振込できませんのでご了承ください。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自立支援医療	該当・非該当	添付書類	領収書	
医療費等	月	医療費・食事	円	診療内容審査 要 (可・不可)・不要
	月	医療費・食事	円	診療内容審査 要 (可・不可)・不要
	月	医療費・食事	円	診療内容審査 要 (可・不可)・不要
	月	医療費・食事	円	診療内容審査 要 (可・不可)・不要
助成決定額合計				
備考			確認	