

豊橋市小児慢性特定疾病医療費等助成申請書

受診者	フリガナ	トヨハシ ハナコ		生年月日	平成 ●年 ●月 ●日
	氏名	豊橋 花子			
	住所	豊橋市●●町12-3		電話番号	0532-00-0000
申請者※1	氏名	豊橋 太郎		受診者との続柄	父
	住所	※2 受診者と同じ		電話番号	090-0000-0000
				受給者番号	010001-1
助成申請額	小児慢性特定疾病医療費	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		
	豊橋 銀行・信金 信組・農協		駅前 本店・支店 出張所		
	金融機関コード		店舗コード		
	1234		567		
	口座種別	口座番号	口座名義		
① 普通 2. 当座 3. その他	1234567	フリガナ トヨハシ タロウ 豊橋 太郎			
上記のとおり小児慢性特定疾病医療費等の助成を申請します。					
豊橋市長 様				豊橋 太郎	
申請者氏名				豊橋 太郎	

- 「受診者名」
受給者証の受診者と同じ
- 「申請者名」
受給者証の保護者と同じ
- 「電話番号」
昼間連絡のつきやすい番号
- 「受給者番号」
受給者証に記載のある番号
- 「助成申請額欄」
空欄のまま
- 「指定振込口座」
上記の申請者の名義の口座
- 「申請日」
空欄のまま
- 申請者名
申請者=口座名義人
(請求書の請求者と同一)

※1 受診者本人の場合は「受診者との続柄」欄に本人と記載してください。
 ※2 受診者と申請者の住所が同じ場合は、○で囲んでください。
 ※3 振込指定口座名義は申請者と同一者でお願いいたします。
 ※ 指定医療機関が発行した領収書又はこれに代わる証明書類を添付してください。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

		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	