

記入例

(関係)

医療証に書かれている対象者の負担者番号と受給者番号を記入してください。

却希望 有

医療証番号	負担者番号	8	1	1	3	●	4	8	●	対象者氏名/生年月日	
	受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	×	ふりがな	いなぎ なしのすけ <b>稲城 梨之助</b> / S60. 10.10
	受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	×	ふりがな	いなぎ たろう <b>稲城 太郎</b> / H20. 8. 12
	受給者番号								×	ふりがな	/
	受給者番号								×	ふりがな	/
医療証有効期間		〇〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日									
診療を受けた期間		〇〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日									
入院・入院外の別		入院・入院外									
申請の理由		都外診療 医療証交付前・その他( )									
振込先金融機関を変更したいとき		申請時に指定した振込口座変更する場合のみ記入してください。									
振込先											
金融機関											
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。											
〇年 〇月 〇日											
稲城市長 殿											
住所 東京都稲城市 <b>東長沼2111</b>											
氏名 <b>稲城 梨之助</b>											
電話 ●●● (●●●●) ●●●●											

- (注意) 1 ※印欄は記入しないでください。  
2 稲城市の国民健康保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領

申請内容についてお問い合わせする場合がありますので、日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。

支給決定額 ※ 円