第6号様式(第20条関係)

(親) ひとり親家庭医療助成費支給申請書

支給決定額	＊　　円

負担者番号	8	1	1	3		0	4		対象者氏名		
受給者番号									生年月日	年　月　日生	

保険に関する欄は、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請(又は申請内容の変更の届出)時にご記入いただいた保険(登録保険)と受診時に加入していた保険が異なる場合にのみご記入ください。なお、保険が登録保険から変わっている場合、別途変更届の提出が必要となります。

保険の種類	1 国保　2 組合　3 協会 4 日雇　5 船員　6 共済 7 後期	被保険者記号番号	
保険者名	番号	名称	
被保険者(世帯主・組合員)氏名			
申請の種類	1 一般　2 歯科　3 薬剤　4 看護　5 補装具　6 その他		
入院・入院外の別	1 入院　2 入院外		
診療等を受けた期間	年　月　日から　年　月　日		
支払総額	円	領収書枚数	枚
支給申請額	円		
医療機関 名前			
医療機関 所在地			
申請の理由(病名等)			

支給額は、下記の口座にお振込みください。
(※原則、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請(又は申請内容の変更の届出)時にご指定いただいた口座(登録口座)への振込みとなります。登録口座の場合は記入不要。)

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	店	1 普通 2 当座	口座番号	
				口座名義	

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。

令和　年　月　日

新宿区長　宛て

住所

氏名

(注意)　1.　＊印欄は記入しないでください。

2.　番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

3.　保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。

なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。