別記第８号様式（第９条第２項関係）

受　付
担当者

子ども医療助成費支給申請書

支給決定額	円

乳・子・青

受給者番号								診療期間	年　月　日～　日
病院等の名称・所在地	別紙領収書参照により記入省略								

診療年月	請求	種類	日数（回数）	点数	医療費請求額
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
合計			日	点	円

子どもの氏名		年　月　日生

口座振替依頼書　助成費は下記の口座にお振込みください。

金融機関名 支店名	銀行 信用金庫 信用組合　支店 出張所	支店番号		普通預金 口座番号	
口座名義人（カナ）					

同意申請事項：　豊島区国保・各健康保険の資格・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、子どもの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

豊島区長

住 所　豊島区

氏 名

（医療証の保護者名）

電 話

（日中連絡のつきやすい連絡先）

口座確認（児手・子・　）

【事務処理欄】　※申請者及び口座名義は、医療証記載の保護者となります。

<21,000円以上>

□**社保**⇒85,800円以上(~R8.8受診分：80,100円)（非該当→通常支払･該当）⇒高額該当･手続き説明（ 済 ・ 未 ）

□**豊島区国保**⇒担当へ区分確認依頼（済【区分　　】･未）⇒高額（ 非該当→通常支払 ・ 該当 ）

⇒国保手続き･支給保留説明（ 済 ・ 未 ）

□**その他国保･国保組合**⇒保険者照会、支払保留説明（ 済 ・ 未 ）⇒[担当：　　]照会日　／

⇒高額（ 非該当 ・ 該当 ）

別記第８号様式（第９条第２項関係）

【記入例】

子ども医療助成費支給申請書

受　付

支給決定額	円

記入不要

診療を受けたお子様の
氏名、生年月日を記入

子どもの氏名	豊島　花子	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生

口座振替依頼書　　助成費は下記の口座にお振込みください。

金融機関名 支店名	豊島 銀行 信用金庫 信用組合　池袋 支店 出張所	支店番号	123	普通預金 口座番号	4	5	6	7	8	9	0
口座名義人（カナ）	トシマ　タロウ										

医療証に記載されている
保護者名義の口座を記入

同意申請事項　　の資格・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、子どもの
費の支給を申

記入日

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

豊島区長

医療証に記載されている
保護者の住所、氏名を記入

住　所　　豊島区南池袋２－４５－１

氏　名　　豊島　太郎

（医療証の保護者名）

電　話　　03-3981-1417

（日中連絡のつきやすい連絡先）

※申請者及び口座名義は、医療証記載の保護者となります。

口座確認（児手・子・　）

【事務処理欄】

<21,000円以上>

□**社保**⇒85,800円以上(~R8.8受診分：80,100円)（非該当→通常支払･該当）⇒高額該当･手続き説明（ 済 ・ 未 ）

□**豊島区国保**⇒担当へ区分確認依頼（済【区分　　】･未）⇒高額（ 非該当→通常支払 ・ 該当 ）

⇒国保手続き･支給保留説明（ 済 ・ 未 ）

□**その他国保･国保組合**⇒保険者照会、支払保留説明（ 済 ・ 未 ）⇒[担当：　　]照会日　／

⇒高額（ 非該当 ・ 該当 ）