

# 乳 小児（乳幼児）医療費助成申請書

（あて先）川崎市長

年 月 日

住所 川崎市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_  
 申請者 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、小児医療費助成に係る医療費の助成を申請します。

乳幼児氏名		受給者番号	
住 所			
振込先金融機関 <small>（ゆうちょ銀行を除く。）</small>	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店
口 座 番 号	普通	フリガナ	
	当座	口座名義人	

診 療 年 月 日	診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称	区 分	医 療 費 支 給 申 請 額
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円

区分                    1 : 医科外来   2 : 医科入院   3 : 歯科   4 : 調剤   5 : 柔道整復  
                          6 : はり・きゅう・マッサージ   7 : 訪問看護   8 : その他

領収書（写しも可）、健康保険の療養費支給決定通知書等を添付してください。