

☐ 事情により領収書原本の返却を希望します（原則返却していません）

小田原市 医療助成費支給申請書

☐ 子ども医療費助成（該当する場合、□にレを）

受給者番号								
対象となる子ども	氏名						生年月日	平成・令和 年 月 日

☐ ひとり親家庭等医療費助成（該当する場合、□にレを）

受給者番号								(ひとり親・養育者)
-------	--	--	--	--	--	--	--	------------

※ 以下は、子ども医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成に共通です。

申請に係る自己負担額		別添の領収書等のとおり	
医療助成費の支給を申請します。			
小田原市長 様		令和 年 月 日	
申請者 住 所 (保護者等) 氏 名 電話番号			
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 漁協	ゆうちょ銀行の場合は、 振込用の店名、預金種 目、口座番号（通帳見 開き下部に記載）をご 記入ください。
	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所	
	支店コード（3桁）		
	預金種目	普通	
	口座番号（数字7桁）		
	口座名義（カタカナ またはアルファベット）	・通帳の表記のとおり記入してください。 ・お子様・配偶者様ではなく、必ず申請者名義の口座を指定ください。	
保険医療機関等・加入医療保険の 保険者への照会に関する同意		同意する場合は、□にレを付けてください。 ☐ 医療助成費支給申請の審査に必要な限度で、保険医療機関 等又は加入医療保険の保険者に助成対象者の情報を照会する ことに同意します。	

※市 処理 欄	ケース	添付書類（提出は☑、未提出は×）
	全員	☐ 領収書の原本（健康保険組合等に原本提出した場合、コピー）
		☐ 申請者の通帳、キャッシュカードなど（コピー）
	☐ 医療機関等の窓口で全額支払った	☐ 健康保険組合等療養費支給決定通知など（コピー）
	☐ コルセット、弱視等治療用眼鏡など	☐ 医師の作成指示書など（コピー）
		☐ 健康保険組合等の療養費支給決定通知書など（コピー）
☐ 健康保険組合等に高額療養費を申請した	☐ 健康保険組合等の高額療養費支給・不支給決定通知書など（コピー）	