　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（東京都提出用／区市町村控用）

※ダウンロードしてご利用になる場合は、複写して2部ご提出ください。

**小児精神**

**医 療 費 助 成 申 請 書** （新規・継続・その他）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　　　　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | 生 年  月 日 | | 年　　　月　　日生  （満　　　　歳） | | | | | | | |
| 氏　名 | 姓 | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 郵便番号 | |  | |  | |  | | | － | |  | | |  | |  | |  | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 東京都　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 団地・荘・ﾏﾝｼｮﾝ　　　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　様方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　　　険 | 種　類 | 協会けんぽ・船員・日雇・健保・共済・国保・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記　号 |  | | | | | | | | 番　号 | | | | |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | 姓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | １　　　　　　　　　　　　　　２　　　　　　　　　　　　　　３ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の住所・電話番号が患者と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　　　請　　　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | 姓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | １．患者住所・電話番号と同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | | |  | |  | |  | | | － | |  | | |  | |  | |  | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 東京都　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 団地・荘・ﾏﾝｼｮﾝ　　　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　様方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。**

　　年　　月　　日

　　　　　　　 申請者氏名　　 患者との続柄（　　　　　　）

（自署又は記名押印）

**東京都知事殿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付  年月日 | 年　　　月　　　日 | 収受印欄 |  |

（注）①診断書②住民票（続柄の記載のあるもの）③健康保険証の写しを添付してください。