

## ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 桜井市長

(注) ※欄は、記入しないでください。

※金

円

申請者

住 所  
氏 名  
電話番号

ただし、 年 月分ひとり親家庭等医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給資格証  
受給者番号

受給者氏名

年 月 日生

加入医療保険  
名 称加入医療保険  
記 号 番 号

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込  
口座銀行  
信用金庫  
農協本店  
支店普通  
当座番  
号フリガナ  
名 義

※医療状況書

年 月分

該当制度 ( )

医療  
機関  
等  
記  
入  
欄

入

入院日数： 日 ( 年 月 日～ 年 月 日)

総 点 数 A 自 己 負 担 額 B 一 部 負 担 金 C

点 円 円

外

通院日数： 日

総 点 数 A 自 己 負 担 額 B 一 部 負 担 金 C

点 円 円

記  
入  
欄

上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。

所在地  
医療機関等 名 称  
氏 名

印

確認欄

保険の自己負担割合 (2割・3割)

附加給付の有無 ( )

高額療養費の有無 (限度額 円)

所得区分 (上位・一般・低Ⅰ・低Ⅱ)

他公費の有無 ( )

※ 自 己 ( 円) - 附加給付額 ( 円) - 一部負担 ( 円) = 支給額 円  
負 担 額 高 額 療 養 費 ( 円) 金 相 当 額

※交付年月日

年 月 日

※台帳整理