

子ども
ひとり親家庭等

医療費助成金支給申請書

年 月 日

桜井市長様

(注)※欄は、記入しないでください。

※金 円

住所
申請者氏名
電話番号

ただし、年 月分 子どもひとり親家庭等 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ください。

振込 口座	銀行	本店	普通	番号	フリガナ	名義
	信用金庫	支店	当座			
	農協	出張所				

※ 医療状況書 年 月 分 該当制度(子・ひとり)

医療 機関 等 記 入 欄	入 院	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 来	通院日数： 日		
		総点数 A	自己負担額 B	一部負担金 C
		点	円	円
上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。				
医療機関等		所在地 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

	月 日
検 収	