

様式第5号(第3条関係)

ひとり親等家庭医療費助成金申請書

年 月 日

芦北町長 竹 崎 一 成 様

申請者 住所 芦北町大字
氏名



年 月分の医療費の給付を受けたく申請します。

申 請 者 が 記 入 欄	申 請 額		円	加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		
	受 給 資 格 証 号				保 険 証 記 号 番 号		
	受 診 者				保 険 名		
	氏 名		同 一 世 帯 員 で 当 該 月 に 医 療 を 受 け た 者 の 氏 名				
	生 年 月 日						

医 療 機 関 等 で 記 入 す る 欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明					
	診 療 月		年	月	患 者 氏 名	
	診 療 実 日 数	左 の 内 入 院 日 数	総 点 数		左 の 内 公 費 点 数	
	日	日	外 来	入 院		
	診 療 報 酬 一 部 負 担 金 受 領 額	左 記 の 金 額 を 受 領 し ま し た。				年 月 日
	円	所 在 地 医 療 機 関 名 称 氏 名				印
	調 剤 報 酬 負 担 金 受 領 額	左 記 の 金 額 を 受 領 い た し ま し た。				年 月 日
	点	所 在 地 調 剤 ・ 薬 局 名 称 氏 名				印
円						

助 成 金 決 定 額

支 給 額					
-------	--	--	--	--	--

市 町 村	給 付 決 定 額			
	一 部 負 担 額 ①	附 加 給 付 額 (高 額 医 療 費) ②	給 付 額 ① - ②	助 成 金
	円	円	円	円

※ 申請書を提出するときは、必ず受給資格証を持参してください。