様式第5号(第9条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者記入 | ひとり親家庭等医療費支給申請書 |
| 　永平寺町長　　　　様 | 　　　　年　　月　　日提出 | 　 |
| 　 |
| 　 | 受給者(保護者) | 住所 | 永平寺町 | 印 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 　次のとおり領収証明書(領収書)を添えて医療費助成の申請をします。 |
| 受診者 | 対象者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 加入保険 | 1　国保　　2　退職　　3　国組4　政管　　5　日雇　　6　組合7　船員　　8　共済 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　月　日 |

○この申請書は、申請者が記入してください。

○1年を過ぎたものは、無効となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関記入 | 領収証明書 |
| 　 | 受診年月 | 　　　　年　　月分 | 保険診療総点数 | 点 | 　 |
| 受診者名 | 様 | 保険診療一部負担金 | 円 |
| 入院外来区分 | 1　入院　2　外来　3　訪問 | 入院時食事療養費 | 円 |
| 　次のとおり領収したことを証明します。 |
| 　　　　　　年　　月　　日 | 住所　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |
| 　 | 府県 | 表 | 地区 | 番号 | 診療科目 |
| 1 | 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

○点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 負担 | 高額 | 特疾 | 保険率 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| A　総医療費 | B　本人負担 | C　附加給付 | D　高額療養 | E　他負担 | F　助成額 | 現償 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 算出基礎 | 　 | 食事療養費 | 総支給額 | 支給月 | データNo. |
| 　 | 　 | 5 | 　 |