

ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

田村市長様

申請者 住所 田村市
氏名

年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。

受給者番号				第 号				受診者氏名				生 年 月 日		年 月 日					
科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 その他	診療科目	1 内	2 小	3 外	4 小外	5 脳	6 皮	7 泌	8 整	9 眼	10 耳	11 婦	12 精	13 放	14 その他
同一受診月分の申請の有無(注2参照)											有 ・ 無								

医療機関記入欄						
診療月	年 月分保険診療		医療機関・薬局コード			
保険診療総点数			診療実日数			日
1 入院	点		薬剤一部負担金領収額 ①			円
2 入院外	点		①以外の負担金領収額 ②			円
入院日数	日		入院時食事療 養費定額負担 日額	円	入院時食事療 養費定額負担 月額③	円
食事提供 日数 (a)	日		(b)		[(a)×(b)]	
入院時食事療養費総額(保険適用分月額)						
合 計 受 領 金 額			① + ② + ③			円
上記 月分の一部負担金を受領したことを証明する。 年 月 日 医療機関 所在地 又は薬局 名称 氏名 (印)						

区分	一部負担額 (A)①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養額 (C)	自己負担額 (A) - (B) - (C)	控除額	助 成 金
入・外	円	円	円	円	円 1,000	※この欄は記入し ないでください 円

注 1 上記の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書(同一世帯のどなたのものでも結構です。)の提出を行ったことがあるか無いかいずれかに丸を付けてください。