

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

鳥 栖 市 長 様

申請者 住所 鳥栖市 町 番地

(受給者) 氏名
電話番号

ひとり親家庭等に係る医療費の助成を受けたいので、申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証記号番号		加入 保 険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
領 収 書 貼 付 欄	患 者 氏 名			
	診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)		
	区 分	入 院	入 院 外	歯 科
	保 険 診 療 総 点 数	点	点	点
	公 費 負 担 点 数	点	点	点
	保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円
	訪 問 看 護 利 用 料		円	
<p>上記の金額を受領しました。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関等 所在地 名称 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

[市記入欄]

給 付 決 定 額					
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	△500円
保 険 診 療	円	円	円	給 付 額	
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	

保 険 点 数 点