様式第6号(第5条関係)

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療費助成申請書年　　月　　日　　　　　　有田町長　様　次のとおり、ひとり親家庭等医療費の助成を申請します。なお、助成金給付決定通知書については省略することに同意します。 |
| 太枠の中を申請者が記入してください。 | 申請者記入欄 | 申請者氏名 | フリガナ | 受給者番号 | 　 | 　 |
|  | 　　助成対象者氏名 | フリガナ |
| 　 |
| 住所 | 有田町 | 　　助成対象者の生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 　申請者から見た助成対象者の続柄 | 　 |
| 電話番号 | (　　)　　　― |
|

|  |  |
| --- | --- |
| その他備考 |  |

　 |
| 　 | 医療機関等記入欄 | 保険診療額(領収)証明 | 　 |
| 患者氏名 | 　 | 診察月 | 年　　月分　　 |
| 区分 | 入院 | 入院外 | 歯科 | 調剤 |
| 日数 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険診療一部負担金 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 | 　 | 円 | 　 | 　 |
| 　上記の金額を受領いたしました。　　　　　　年　　月　　日医療機関等　所在地　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 町記入欄 | 給付決定額 |
| 区分 | 一部負担金 | 高額療養費等 | 更生医療・付加給付等 | 給付額 |
| 保険診療 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 訪問看護利用料 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人負担額(500円／月) | 　 | 　 | 　 | △ |
| 　（注）この申請書は、診療月の翌月から1年以内に提出してください。 | 合計 | 　 |
| 　 |