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 | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |