

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	( ) —
	加入医療保険	記号番号	保険種別	被保険者名及び勤務先
記号		国保・協会けんぽ・組合共済・国保組合・後期高齢その他 ( )	氏名	
番号			勤務先	

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 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	