

様式第6号 (第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

江北町長 様

申請者 住 所
(受給者) 氏 名



下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[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			保 険 名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
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 額	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円	
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日				
医療機関等所在地 名 称 氏 名 印				

[町記入欄]

給 付 決 定 額				
	保 険 診 療 総 額	一 部 負 担 金 額	附 加 給 付 額 等	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円	円	円	
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	
				円