

ひとり親家庭等医療費等給付申請書

多古町長

様

（申請者）住 所

氏 名

印

下記の受給資格者に係る医療費等の給付を申請いたします。

記

申請者記入欄

受給者番号							
受給者	氏 名					資格区分	
	住 所	多古町					
	加入医療保険	被保険者名				保険者名称	
		記号・番号					
付加給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金 額					円
（付加給付額の確認できる通知書等を添付してください）							

保険医療機関・保険薬局証明欄

診 療 ・ 調 剤 報 酬 明 細 書					
診療・調剤月	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	
診療・調剤区分	<input type="checkbox"/> 入院(延べ 日)	<input type="checkbox"/> 入院(延べ 日)	<input type="checkbox"/> 入院(延べ 日)	<input type="checkbox"/> 入院(延べ 日)	
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	
保 険 分	負 担 率	%	%	%	
	保険総点数	点	点	点	
	公 費 負 担	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	①一部負担金	円	円	円	円
	②食事負担金	円 (円 / 1食)	円 (円 / 1食)	円 (円 / 1食)	円 (円 / 1食)
③証明手数料	円	円	円	円	
領収金額(①+②+③)	円	円	円	円	
保険医療機関又は保険薬局 の名称・所在地・代表者名	上記のとおり受領したことを証明します。 (取扱者印)				

多古町確認欄

診療月	医療	食事	自己負担額 A	付加給付額B	一部負担額C	証明手数料 D	助成交付額E A - (B + C) + D
年 月分			円	円	円	円	円
年 月分			円	円	円	円	円
年 月分			円	円	円	円	円
年 月分			円	円	円	円	円
計			円	円	円	円	円

(裏)

〈記入上の注意〉

～ 受給資格者の方へ ～

1. 医療費等助成金の給付を受けようとする受給資格者は、本申請書の上部「申請者記入欄」に必要事項を記入し、医療機関又は薬局が発行した領収書を添付してください。
領収書に保険分、自費分などの明細が記載されていない場合や、領収書を紛失してしまったときは、保険医療機関又は保険薬局の証明を受け、担当課まで提出してください。
2. 保険者より現金又は口座払いでの付加給付(療養費の給付等)を受けた場合は、その給付内容を確認できる通知書等も添付してください。
3. 第三者の行為によって生じた傷病で診察を受けたときは、速やかにその旨を下記担当課まで届出てください。