様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金交付申請書

年　　月　　日

　玄海町長　　　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　印

　下記のとおり医療費の交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 | 年　月　日生 | 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 | | |
| 医療区分 | 入院・入院外・歯科・調剤・補装具 | | | | 診療実日数  (入院日数) | | 日 |
| 保険診療総点数 | 公費負担点数 | 保険診療  一部負担額 | | 食事療養費  標準負担額 | | 訪問看護利用料 | |
| 点 | 点 | 円 | | 円 | | 円 | |
| 上記の金額を受領しました。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |

〔町記入欄〕

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 一部負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | 給付決定額 | 備　考 |
| 保険診療 |  |  |  |  |  |
| 食事療養費  標準負担額 |  |  |  |  |
| 訪問看護利用料 |  |  |  |  |
| 個人負担額  (500円/月) |  |  |  |  |
|  |  |  | 合　計 |  |