

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

嬉野市長 様

嬉野市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第6条の規定により申請します。

なお、助成額の決定に際して、被保険者及び家族の課税資料の閲覧と保険者及び保険医療機関等に対して高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。

〈申請者記入欄〉

申請者	区分	母子家庭・父子家庭・養育者・一人暮らしの寡婦			
	氏名		電話番号		
	住所				
受診者	氏名		加入保険	世帯主、被保険者 又は組合員氏名	
	生年月日			記号番号	
	受給者番号			保険者名	

※保険医療機関等が発行する保険点数等の明細が記載された領収書を添付した場合、以下の医療機関等記入欄を省略することができます。

〈医療機関等記入欄〉

受診者氏名		診療月	月分	
1 医科 2 歯科 3 調剤		1 入院 2 外来	診療実日数	
保険診療総点数	他方公費負担点数	保険診療 一部負担金額	訪問看護利用料	訪問看護利用 一部負担金額
点	点	円	(日間) 円	(日間) 円
上記の金額を領収したことを証明します。				
年 月 日		医療機関等所在地		
		名 称		
		代 表 者 名		

〈市記入欄〉

	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	支給決定額
保険診療	円	円	円	(自己負担額 円)
訪問看護	円	円	円	(自己負担額 円)

- 〈注意〉
- 1 保険診療以外の医療費については助成できません。
 - 2 振込先金融機関口座を変更される場合は別途、変更届を提出してください。