

様式第3号 (第5条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書			
		年 月 日	
川俣町長 様		申請者 住 所	
		氏 名	印
年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。			
受給者証番号	第 号	受診者名	
		生年月日	
加入保険の種類	国保 ・ 政府管掌 ・ 組合 ・ 船 ・ 日 ・ 共		
被保険者証 記号及び番号	記号	番号	
同一受診月分の申請の有無 (注2参照)		無 ・ 有	

保険診療証明書					
年 月 診療分			診療科		
医療の給付	保険診療合計点数	点	薬剤一部負担金額	円	
			負担金領収額 (を除く)	円	
食事の療養	食事提供回数 (a)	回	入院時食事療養費定額負担日額 (b)	円	入院時食事療養費定額負担月額 [(a) x (b)]
合計受領金額 + +			円		
上記の一部負担金を受領したことを証明します。					
年 月 日		所在地			
		保険医療機関		名 称	
		保険薬局		氏 名	

一部負担金 (A) + +	付加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	自己負担額 (A B C)
円	円	円	円

注1 太線の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の外に、同一受診月分の申請書(同一世帯どなたのものでも結構です)の提出を行ったことが有るか無いか、いずれかに丸をつけてください。