

ひとり親家庭医療費助成申請書

令和 年 月 日

小野町長様

受給者番号	島73	号
申請者住所	小野町大字 字	
氏名		
加入保険の種類	国・社・組・船・日・共	

令和 年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を次のとおり申請します。

受給者氏名	
生年月日	年 月 日
同一受診月分の申請の有無（注2参照）	無 ・ 有

医療 機 関 記 入 欄	保険診療	入院	点	薬剤負担金額収額①	円	
	総点数	外来	点	負担金額収額（①を除く）②	円	
	食事 提供日数	日	入院時食事 療養費定額 負担日額	円	入院時食事療養費③ 定額負担月額 （提供日数×日額）	円
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）				円	
上記 令和 年 月分の一部負担金を受領したことを証明する。						
年 月 日						
医療機関 住所 又は薬局 名称						

一部負担額 (A) ①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養費給付額 (C)	自己負担額 (A-B-C)
円	円	円	円

控除額	支給決定額
円	円

注1 上記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、この申請書の他に、同一受診月分の申請書（同一世帯の受診資格者の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。