

様式第5号（第3条関係）

ひとり親家庭医療費助成金申請（請求）書

年 月 日

木城町長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩

年 月分医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

申請（請求）額		円	
受給資格証記号番号		加入 保 険	被保険者氏名
受 診 者	氏 名		保険証記号番号
	生年月日		保 険 名
口座 振替	金融機関名	口座名	
	貯金の種類	口座番号	

- (注) 1 申請（請求）額は、医療機関等に一部負担金（差額ベット、電器機具使用料、付添看護料等を除く）として支払った額を記入して下さい。
2 給付決定額は、申請（請求）額から控除額（高額療養費等）を差引いた額になります。

※下記の太枠の中は、医療機関及び調剤薬局で記入して下さい。

年 月分診療（調剤）報酬 (1 入 院 2 外 来 3 歯 科)	
診療実日数	左記の金額を受領いたしました。 年 月 日 医療機関等の 所在地 名称 氏 名 ⑩
日	
診療報酬一部 負担金受領額	
円	
調 剤 報 酬 負担金受領額	左記の金額を受領いたしました。 年 月 日 調剤薬局の 所在地 名称 氏 名 ⑩
円	

- (注) 1 差額ベット、電器機具使用料、付添看護料（医師が認めないもの）、おむつ借料等の保険対象以外の経費は控除して下さい。