

様式第 5 号 (第 3 条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者 住 所

氏 名

令和 年 月分医療費の給付を受けたく申請します。

申請者が記入する欄	申 請 額		加入 保 険	被 保 険 者 氏 名	
				保 險 証 記 号 番 号	
	受給資格証番号			保 險 号	
	受給者	氏 名		同一世帯員で当該月に 医療を受けた者の氏名	
生年月日					

医療機関で記入する欄	***診療・調剤報酬証明***				
	診療月	令和	年	月分	患者氏名
	診療実日数	左の内入院日数	診療点数		令和 年 月 日
	日	日	点		
	診療・調剤報酬 負担金受領額	左の金額を受領しました。			
円	医療機関・住所 名称・氏名		⑩		

※この欄は、記入しないでください。

給 付 決 定 額		
一部負担額 (A)	付加給付額 (B)	給付額 $((A)-(B)) \times 2/3$
円	円	円