

## ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

※太枠の欄を記入してください。

申請日(窓口提出日) 令和 年 月 日

天草市長 様

申請者 (受給資格者)	(住所) 天草市
	(氏名) <span style="float: right;">(印)</span>
	電話番号 - -

下記のとおり申請します。

記

申請者の記入欄	保険の種類 (該当するものに○)	国保・健保・組合・ 共済・その他( )	記号	番号
	受給対象者 (患者氏名)	氏名		
		生年月日	年 月 日	受給資格者証 番号
	入院・外来等の種類 (該当するものに○)	入院・通院・調剤・ 治療用装具	診療年月	年 月分

医療機関等の証明欄 (領収証がない場合)	診療年月	年 月分	患者氏名	
	入院・通院・調剤 治療用装具 (該当するものに○)	日数	診療点数	一部負担額
		日	点	円
	上記の一部負担金を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 調剤薬局 名称 <span style="float: right;">(印)</span> 氏名			

市記入欄(審査欄)	受給対象者 (患者氏名)	診療年月・日数	入院・外来等の別	診療点数	医療費総額	公費負担額
		年 月分	入院・外来	点	円	円
		日	薬剤・歯科	(整骨院 円)		
	本人負担額① (一部負担金額)	高額療養費額②	付加給付額③	助成金額 (①-(②+③))×2/3	医療機関名	
円	円	円	円	センター 病院 医院 クリニック 薬局 整骨院		

※自署する場合は、押印は不要です。

(訂正がある場合は、申請者氏名欄と訂正箇所必ず印鑑を押してください。)

※診療月から1年を経過したものは申請できません。

※医療保険各法の規定に基づき高額療養費又は付加給付費の支給を受けることができる場合は、その決定通知書等を添付してください。

システム入力 (処理後に○)	入力済	返却
-------------------	-----	----