

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

九重町長

殿

申請者 住所  
氏名  
電話  
個人番号

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金を申請(請求)します。

記

申請者記載欄	受給資格者番号		加入医療保険		
			保険種別		
	受診者	氏名		記号番号	
		生年月日		被保険者等氏名	
		個人番号			
	振込先				
	金融機関		口座番号		
	預金種別		名義人(カナ)		

医療機関等記載欄	診療(調剤)報酬証明			
	診療月	年 月分	患者氏名	
	区分	診療(調剤)報酬総額		一部負担金受領額
	外来	点又は円		円
	歯科	点又は円		円
	調剤	点又は円		円
	入院	点又は円		円
	一部自己負担額			円
	上記のとおり一部負担金及び一部自己負担金を受領しました。			
	年 月 日			
医療機関等		所在地		
		名称		
		氏名		
		電話番号		