

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

令和 年 月 日

九重町長 殿

申請者 住所 九重町大字
氏名
電話

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		
	振込先				
	金融機関名		支店名	預金種別	普通・当座
口座番号			名義人(カナ)		

医療機関等記載欄	診療(調剤)報酬証明			
	診療月	令和 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額を受領しました。			
	令和 年 月 日			
医療機関等所在地 名称 氏名 電話番号				

九重町	給付決定額		
	一部負担額	付加給付額	給付額
	円	円	円