

記入例

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

(申請年月日) 令和 〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 山鹿市長

申請者 住所 山鹿市山鹿987番地3

氏名 山鹿 花子 (印)

電話 (090-1234-0000)

診療を行った月の翌月から起算して、1年を過ぎると申請できません。

(例: 令和元年5月診療分→令和2年5月まで申請が可能)

次のとおり医療費の一部負担金を支払ったので、山鹿市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第4条の規定により、申請します。なお、助成に関する世帯員の所得等の調査に関しまして、市長に委任します。

申請者が記入する欄	受診年月	令和〇〇年〇〇月	加入保険	被保険者氏名	山鹿 花子
	受給資格証番号	〇〇〇〇		保険証記号・番号	〇〇〇〇〇—〇〇〇
	フリガナ	ヤマガ ハナコ		保険名	国・協・組・共・()
	氏名	山鹿 花子		同一世帯で当該月に医療を受けた者の氏名	
	生年月日	S H〇〇・〇〇・〇〇			

医療機関等で記入する欄	診療(調剤)報酬証明			
	診療月	令和 年 月 分	患者氏名	
	区		負担金受領額	
	入院・		円	
	令和 年 月 日 医療機関			

この欄は、受診された医療機関等に記入をしていただきます。

※ただし、保険点数、受診者の氏名が記入された領収証を添付すれば省略ができます。

氏名 (印)

電話 (- -)

(注)・保険適用外分・高額療養費・付加給付・入院時食事代は助成(支給)の対象となりません。

・申請書提出の際は、必ず受給資格者証を御持参ください。

市記入欄	給付決定額			
	区分	一部負担額		(C) × D
	入院 外来			円

この欄には何も記入しないでください

点数	負担割合	点
日	割	円