

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

(申請年月日) 令和 年 月 日

(あて先) 山鹿市長

申請者 住所 山鹿市

氏名 ㊟

電話(- -)

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 年 月 | 加入保険 | 被保険者氏名 | |
| | 受給資格証番号 | | | 保険証記号・番号 | — |
| | 受診者 | フリガナ | | 保険名 | 国・協・組・共・() |
| | | 氏名 | | | 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 . . | | | |

| 診療(調剤)報酬証明 | | | | |
|------------------------|---------|---|-----------|--------------|
| 診療月 | 令和 年 月分 | 患者氏名 | | |
| 区分 | 診療実日数 | 保険合計点数 | 負担割合 | 診療報酬一部負担金受領額 |
| 入院・外来 | 日 | 点 | 3割・その他() | 円 |
| 令和 年 月 日 上記の金額を受領しました。 | | | | |
| 医療機関及び調剤・薬局名 | | 所在地 | | |
| | | 名称 | | |
| | | 氏名 ㊟ | | |
| | | 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。

| 給付決定額 | | | | | | |
|-------|---------|---------|-----------|-------------------|--------------|--|
| 区分 | 一部負担額:A | 附加給付額:B | 高額医療給付額:C | 補助率:D | 給付額(A-B-C)×D | |
| 入院 | 円 | 円 | 円 | $\frac{2}{3}$ ・全部 | 円 | |
| 外来 | | | | | | |

課税・非課税

| | | |
|----|------|---|
| 日数 | 負担割合 | 点 |
| 日 | 割 | 円 |