**ひとり親家庭等医療費助成申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

山　江　村　長　　殿

山田

万江

住　所　　球磨郡山江村大字　　　　　　　　　番地

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和　　　　年　　　　月分医療費の受給を受けたく申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者が  記入する欄 | 申請額 | | 円 |
| 受給資格者証  記号番号 | |  |
| 受診者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 保険証  記号番号 |  |
| 保険名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等で記入する欄 | 診療（調剤）報酬証明 | | | | | | |
| 診療月 | 入院 | 令和　　　年　　　月分　　日数　　日 | | | | 患者氏名 |
| 通院 | 令和　　　年　　　月分　　日数　　日 | | | |
| 保険診療に  要した総点数 | | 点 | | 診療報酬一部  負担金受領額 | | 円 |
| 令和　　　年　　　月　　　日  上記の金額を受領しました。  所在地  医療機関　　名　称  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |
| 調剤診療に  要した総点数 | | 点 | | 調剤報酬  負担金受領額 | | 円 |
| 令和　　　年　　　月　　　日  上記の金額を受領しました。  所在地  調剤・薬局　　名　称  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |
| 市町村 | 給付決定額 | | | | | | |
| 一部負担額 | | | 付加給付額 | | 助成相当額 | |
| 円 | | | 円 | | 円 | |

※　申請書提出の際は必ず受給資格証をご持参ください。