

様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

阿蘇市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

年 月分医療費の給付を受けたく申請します。

記入申請者が	申請額	円	加入保険	被保険者氏名	
	受給資格証 記号番号			保険証記号番号	
	受診者 氏名			保険名	
	生年月日		同一世帯員で当該月に医療を受けた者の氏名		

医療機関等で記入する欄	診療(調剤)報酬証明				*入院時食事療養費を除く。	
	診療月		年 月分		患者氏名	
	診療実日数	左のうち入院日数		左記の金額を受領しました。 年 月 日		
	日	日				
	診療総合点数	点				
	診療報酬一部負担金受領額(入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)					
	調 剤				左記の金額を受領しました。 調剤薬局 年 月 日	
	日数	日	総点数	点		
調剤報酬一部負担金受領額				円		
				所在地 名称 氏名		
				所在地 名称 氏名		

市 町 村	給 付 決 定 額		
	一部負担額 A	附加給付額 B	給付額 A B
	円	円	円

申請書提出の際は必ず受給資格証を御持参ください