

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

阿蘇市長 様

下記のとおり医療費の一部負担金を支払ったので、阿蘇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条の規定により領収書を添えて申請します。

※太枠内をご記入ください。

申請者	住所		対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名	Ⓜ <small>※本人署名の場合は押印省略可</small>	電話番号	— —
対象者	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日
	氏名		受給者証番号	
第三者行為（交通事故等）による受診ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(備考)

- ① 保険適用外の自費分・入院時食事代・高額療養費・付加給付金・公費負担は助成の対象となりません。助成後に高額療養費等の支給があった場合は、助成した医療費から該当分を返還いただきます。
- ② 医療機関助成の申請期間は診療月の翌月から1年以内です。(例：4月診療分は翌年の4月末まで申請可能)

【医療機関・保険薬局の記入欄】

診療年月	区分	診療期間	診療日数	総点数	一部負担金
年 月	入院	年 月 日～ 年 月 日		点	円
	外来	年 月 日～ 年 月 日		点	円
	調剤	年 月 日～ 年 月 日		点	円
上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 [医科] 年 月 日 所在地 名称 Ⓜ			上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 [調剤] 年 月 日 所在地 名称 Ⓜ		

【市処理欄】

病院等の名称・所在地	別添領収書のとおり（計 枚）
<input type="checkbox"/> 入院 枚	<input type="checkbox"/> 治療用装具 枚 (<input type="checkbox"/> 作成指示書 <input type="checkbox"/> 療養費支払通知)
<input type="checkbox"/> 外来 枚	<input type="checkbox"/> 柔 整 枚
<input type="checkbox"/> 歯 科 枚	<input type="checkbox"/> そ の 他 枚
<input type="checkbox"/> 調 剤 枚	(備考)
高額療養費等支給明細 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	支給決定額 円 (枚)