|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費等給付申請書  年　　　月　　　日  　　白子町長　　様  申請者　住　所  氏 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話  下記のとおり医療費等の給付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 申請者との続柄 | | | |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 該当月 | | 年　　　月分 | | | | | | | | 領収書枚数 | | | | 枚 | | | |
| 加入医療保険 | | 名称 |  | | | | | | | 記　 号 | | | |  | | | |
| 番 　号 | | | |  | | | |
| ※申請者・保護者は、自署することにより押印を省略することができます。  **〈保険医療機関・保険薬局証明欄〉※同内容の領収書添付により省略可**  ～医療機関・保険薬局の方へ～  下記に、１か月をまとめた保険請求点数等の証明をしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療・調剤報酬証明書（ 入院 ・ 通院 ・ 調剤 ） | | | | | | | | | | ※該当に○印を付けてください。 | | | | | | | |
|  | 診療・調剤月 | | 年　　月分 | | | | | 公費負担額 | | | | 有（　　　　円）・ 無 | | | | | | |  |
|  | 保険総点数 | | 入院  点 | | | | | 外来  点 | | | | | | | 調剤  点 | | | |  |
|  | 入院延日数 | | 日 | | | | | 入院時食事療養費の標準負担額 | | | | | 円  （　　円×　　日） | | | | | |  |
|  | 診療調剤回数 | | 回 | | | | | 証明手数料 | | | | | 円 | | | | | |  |
| 医療機関又は保険薬局の　名称・氏名・所在地 | | 上記のとおり証明します。  （取扱者印　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市町村窓口記入欄** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 自己負担額  Ａ | | | | 附加給付額  Ｂ | | | | 一部負担額  Ｃ | | | | 証明手数料  Ｄ | | | | 助成交付額  Ｅ A-(B+C)+D | |  |
|  | 医　　　円  食　　　円 | 計  円 | | | 有　無 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |