|  |
| --- |
| 　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 |  |
|  |  |