様式第７号（第７条関係）

受付年月日	年　月　日

母子家庭等医療費助成申請書（請求書）

あわら市長　様

年　月　日

住　所
受給者（居 所）あわら市
（保護者）
氏　名

次のとおり領収証明書を添えて申請します。

受診者	医療証番号		医療保険	名称	
	氏名			記号・番号	
	生年月日	年　月　日生			

※太枠の中のみ記入してください。

領収証明書
（　　年　月分）（　　科）

入院・外来区分	１入院　２外来	診療実日数	日
保険診療総点数	点		
保険診療一部負担金	円		
自己負担割合	１割・２割・３割		
入院時食事療養費一部負担金	日	円	

年　月　日

（受診者）
様

医療機関　住所
名称
氏名

（注）①　上部申請書欄は、申請者が記入してください。
②　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
③　診療月から１年以内に提出してください。

診療月	医療機関番号	府県	表	地区	番号	科目	入外

A 総医療費	B 本人負担	C 附加給付	D 高額医療	E 他負担	F 助成額	G 食事療養費	H 総支給額