様式第７号（第8条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付年月日 | 年　　月　　日 |
| ひとり親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 | 年　　月　　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 |
| （受診者）様 | 住所　　　　　　　　　　　　　　医療機関　名称　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 |

(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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |