

|                  |              |       |       |    |        |       |       |
|------------------|--------------|-------|-------|----|--------|-------|-------|
| 決<br>裁           | 町長           | 課長    | 補佐    | 係長 | 係      | 受付    | 年 月 日 |
|                  |              |       |       |    |        | 伺     | 年 月 日 |
|                  |              |       |       |    |        | 決定    | 年 月 日 |
|                  |              |       |       |    |        | 支給    | 年 月 日 |
| 支<br>給<br>内<br>容 | 保険診療<br>合計金額 | 控 除 額 |       |    | 高額療養費等 | 交付決定額 |       |
|                  |              | 附加給付額 | 他法負担額 |    |        |       |       |
|                  | 円            | 円     | 円     | 円  |        | 円     |       |

|    |  |    |  |    |  |
|----|--|----|--|----|--|
| 再審 |  | 台帳 |  | 計算 |  |
|----|--|----|--|----|--|

ひとり親家庭医療費助成申請・請求書

平成 年 月 日

越知町長 様

申請者 住所 越知町

(保護者) 氏名

㊞

ひとり親家庭医療費の助成を受けたく申請し請求します。

|            |                 |                |               |         |               |  |
|------------|-----------------|----------------|---------------|---------|---------------|--|
| 請 求 額      | 円 年 月 診療分 (外・入) |                |               |         |               |  |
| 受給者証記号番号   |                 | 加入<br>医療<br>保険 | 被保険者証<br>記号番号 |         |               |  |
| 受給者<br>氏 名 | 男<br>女          |                | 被保険者氏名        |         |               |  |
|            | 生 年 月 日         |                | 年 月 日         | 保 險 種 別 | 国・国組・政・健組・船・共 |  |

領 収 書

|            |            |           |     |          |          |  |
|------------|------------|-----------|-----|----------|----------|--|
| 入院時<br>内訳  | 診療代<br>食事代 | 円 × 日 = 円 | 患者  | 本人<br>家族 | 家族氏名     |  |
| 領収金額(合計) 円 |            |           | 診療月 | 年 月 分    | ( 日から 日) |  |

上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。

平成 年 月 日

住 所

医療機関等名

医師等名

㊞

受取銀行

銀行本店

支店