

支給内訳	申請(請求)額	支給内訳			差引支給額
		附加	その他	計	

## ひとり親家庭等医療費助成金申請(請求)書

平成 年 月 日

新富町長 殿

住所

氏名 印

電話

平成 年 月分の医療費の給付を受けたく申請(請求)します。

申請(請求)額					
受診者	受給者番号		加入保険	被保険者氏名	
	氏名			保険証記号番号	
	生年月日			保険名	
口座振込	金融機関名		口座名義人氏名		
	支店名		口座番号		

- (注) ① この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて医療機関の証明を受けて、町民こども課へ提出してください。入院と外来は、別々に証明を受けてください。
- ② 診療報酬点数と保険診療分、保険外診療分の明記してある領収書であれば、医療機関の証明がなくても申請できます。受診者ごと、医療機関・保険薬局ごと、月ごとの申請用紙が必要です。  
(同一病院で複数の診療科を受診した場合は、診療科ごとに必要です。)
- ③ この助成の対象は、診療報酬に定められた保険給付の範囲とします。
- ④ 自己負担金未払いの場合、この証明はできません。

※ この欄は、お手数ですが、医療機関においてご記入願います。

年 月分 診療(調剤)報酬 ( 1. 入院 2. 外来 )		医療機関コード
診療実日数	左記の一部負担金を受領いたしました。	
日	平成 年 月 日	
診療総点数	医療機関等	
点	所在地	
一部負担金	名称	
円	代表者 <span style="float: right;">印</span>	

注 一部負担金の欄には、入院時食事療養費に係る標準負担額を除いた額を記入してください。

**注意** 助成を受ける場合、必ず受診後1年以内に申請してください。(1年を超えると助成できません。)