

様式第5号(第3条関係)

ひとり親等家庭医療費助成金申請書

年 月 日

芦北町長 様

申請者 住所 芦北町大字
氏名

年 月分の医療費の給付を受けたく申請します。

申請者が記入欄	申請額		円	加入保険	被保険者氏名		
	受給資格証番号				保険証記号番号		
	受診者				保 険 名		
	氏名		同一世帯員で当該月に医療を受けた者の氏名				
	生年月日						

診療(調剤)報酬証明						
診療月 年 月分 患者氏名						
診療実日数		左の内入院日数		総点数		左の内公費点数
日		日		外来	入院	
診療報酬一部負担金受領額		左記の金額を受領しました。				年 月 日
円		所在地 医療機関名称 氏名				印
調剤報酬負担金受領額		左記の金額を受領いたしました。				年 月 日
点		所在地 調剤・薬局名称 氏名				印
円						

助成金決定額

支給額						
-----	--	--	--	--	--	--

給付決定額			
市町村	一部負担額 ①	附加給付額 (高額医療費) ②	助成金
	円	円	円

※ 申請書を提出するときは、必ず受給資格証を持参してください。