

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

多久市長 様

申請者 住所 多久市 多久町 _____

(受給者) 氏名 _____ 印

TEL _____

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄] ※加入保険は国保・社保該当するほうに○をつけてください。

受給資格証番号		加入保険	国保	社保
患者氏名		続柄		
患者の生年月日	T・S・H			

※加入保険・振込口座に変更のある場合は申し出てください。

領収書添付貼り付箇所

[医療機関等記入欄]

保険診療額(領収)証明				
患者氏名				
診療月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)			
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担額		円	円	円
訪問看護利用料				
上記の金額を領収しました。 平成 年 月 日 医療機関等所在地 名称 氏名 印				

[市記入欄] 助成額計算書

保険診療総額	保険者給付割合	保険診療一部負担額①	訪問看護利用料②	計③ = ① + ②
円	割	円	円	円
控除額	付加給付額④	円	備考	
	高額療養費⑤	円		
	一部負担金(500円)該当⑥	有 ・ 無		
	計⑦ = ④ + ⑤ + ⑥	円		
	助成額⑧ = ③ - ⑦	円		