様式第6号(第15条、第16条関係)

㊞　ひとり親家庭等医療費支給申請書

年　　月　　日

(宛先)吉川市長

住所　吉川市

氏名

電話　　(　　)

下記のとおり医療費を申請します。なお、市が支給額の決定に必要な税情報及び保険給付について公簿等で確認することに同意します。

受給者	受給者証記号番号		交通事故や学校管理下におけるケガですか		はい　・　いいえ
	ふりがな 氏名		受診時における加入医療保険	世帯主・被保険者等の氏名	
				記号	
				番号	
	生年月日	年　月　日		名称	
申請額が21,000円以上の場合		子の申請分と同月に、1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。			はい　・　いいえ

備考　　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

入院	日	通院	日

領　収　書

¥

ただし、　年　月分保険診療一部負担金(他法本人負担金　　円含む)

―入院時食事療養標準負担額は含まない―

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

年　月　日

(受診者)

様

医療機関等
所在地(住所)

名　称　　㊞

氏　名

注)1　上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2　他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄	診療年月	保険診療総点数	診療一部負担金
	年　月	点	円
	高額療養費	高額療養費　合算の有無	附加給付
	円 (区分：　限　　円)	有　・　無	円
	市民税の状況		支給額合計
	課税(自己負担金　　円)　・　非課税		円