様式第6号（第17条、第18条関係）

記入例

㊒　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。

表面の領収書欄に領収書（原本）を

ホチキスで留めてください。

※こちらは記入例です。

１．申請書は、ひと月ごと、１医療機関ごとに１枚 提出してください。例えば、同じ月に医院と保険薬局にかかった場合、申請書は２枚必要です。
また、同じ月に同じ医院で入院と通院をした場合も、申請書は２枚必要です。
領収書を添付した場合、申請書の領収書欄には、何も記入しないでください。

２．高額療養費や附加給付の対象となる医療費の場合は、各健康保険からの支払額がわかるものを添付してください。

３．補装具の場合は、医師の指示書、領収書のコピー、各健康保険からの支払額がわかるものを添付してください。