

様式第6号(第5条関係)

母子家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

太良町長 様

行政区()

申請者住所

(受給者)氏名

㊦

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]

区分	母子(母・子)、父子(父・子)、寡婦	加入 保 険	被保険者氏名	
受給資格証記号番号			保険証記号番号	
患者との続柄			保険名	国保・社保・その他()
患者の生年月日	年 月 日			

※一カ月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

※保険診療以外の医療費については申請できません

[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	点
公費負担点数	点	点	点	点	点
診療一部負担金	円	円	円	円	円
別途薬剤負担金	円	円	円	円	円
食事療養費標準負担額	円			円	
訪問看護利用料	円				
上記の金額を受領しました。 年 月 日					
医療機関等所在地 住所 氏名					
㊦					

[市町村記入欄] ※この欄は記入しないでください。

給付決定額					
		一部負担金額	高額療養費	附加給付額	給付額
保険診療	入院	円	円	円	円
	入院外	円	円	円	円
食事療養費標準負担額		円			円
訪問看護利用料		円	円	円	円
合計					円