菊陽町ひとり親家庭等医療費助成申請・請求書

　　年　　月　　日

　菊陽町長　様

　　　　　　　　　住所　菊陽町

（アパート名　　　　　　　　　　　　　　）

申請・請求者　　氏名

電話

　　　　　年　　月分の菊陽町ひとり親家庭等医療費助成金の給付を受けたく申請・請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請・請求者が記入する欄 | 受給資格証記号番号 |  | 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 保険証記号番号 |  |
| 保険名 | 協・組・国・船・共 |
| 受診者 | 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 | 昭和平成 | ．　. |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等で記入する欄 | 診療（調剤）報酬証明 |
| 診療月及び日数 | 　　年　　月分　　日（うち入院日数　　日） | 患 者 氏 名 |  |
| 診療報酬総点数 | 点 | 左記の金額を受領しました。年　　月　　日　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関　名　称　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| （内入院分） 　　　点 |
| 診療報酬一部負担金額 | 円 |
| （内入院分） 　　　円 |
| 調剤報酬総点数 | 点 | 左記の金額を受領しました。年　　月　　日　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　 調剤薬局　名　称　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 調剤報酬一部負担金額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村が記入する欄 | 給付決定額 |
| 区分 | 一部負担金Ａ | 附加給付額Ｂ | 給　付　額 |
| 診療負担金額 | 円 | 円 | 円 |
| 調剤負担金額 | 円 | 円 | 円 |
| 合　　　　計 | 円 | 円 | 円 |

（注）　申請書提出の際は、必ず受給資格証をご持参ください。