

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	
				協・組・国・船・共	
	受診者	氏名	昭和 平成	同一世帯員で当該月に 医療を受けた者の氏名	
生年月日					

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 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		
		(内入院分)	点			
	診療報酬一部負担金額		円	所在地 医療機関 名称 ㊞ 氏 名		
		(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			
		円				
調剤報酬一部負担金額		円	所在地 調剤薬局 名称 ㊞ 氏 名			
		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。