

申請者記入欄

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

美里町長 様

住所

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。
また、自己負担額等の判定について、課税台帳等の公簿の確認を行うことに同意します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から 入院日数 日	名 称	記 号 番 号	電 話 ()
	外来	年 月分 外来日数 日			

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

医療機関記入欄

	入院	日	外来	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 _____ 円を含む。）
——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
---------	---	---------	---

¥ _____ (算定数 食)

ただし、入院時食事療養標準負担額

医療機関コード									

年 月 日 医療機関等所在地（住所）
名 称
様 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	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日	
	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付額	条例第7条自己負担金
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	非課税で入院4月以降	
	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円