

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									
				記 号 番 号										
区分	入 院	年 月 日から 入院日数 日		名 称	電話 ()									
	外 来	年 月 分 外来日数 日		個 人 番 号										

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

領 収 書			入院	日	外来	日
¥ _____ 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	他法負担点数		点	
¥ _____（算定数 _____ 食）			医療機関コード			
ただし、入院時食事療養標準負担額 _____						
年 月 日			医療機関等所在地（住所）			
様			名 称			
			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	支給決定額
	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