

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

嵐山町長 佐久間 孝光 様

住所
氏名
電話

下記のとおり医療費を申請します。

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			

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

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 _____円含む） ー入院時食事療養標準負担額は含まないー			
保険診療総点数	_____点	他法負担分点数	_____点
¥ _____（算定日数 _____日）ただし、入院時食事療養標準負担額 _____年 月 日 _____様			
医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名			
②			

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	附加給付	条例第6条一部負担金	支給額計	
	円	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税		(入院4か月以降)		
円× 食=	円	円× 食=	円	円× 食=	円	