

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	年月日
					伺	年月日
					決定	年月日
					支給	年月日
支 給 内 容	保険診療	控除額			交付決定額	
	合計金額	附加給付額	他法負担額	高額療養費等		
	円	円	円	円	円	
				再審		システム入力

ひとり親家庭医療費助成申請・請求書

年月日

四万十市長様

申請者 住所 四万十市

(保護者) 氏名

印

ひとり親家庭医療費の支給を受けたく申請し請求します。

請求額	円	令和	年	月	診療分(外・入)	
受給者証記号番号	号	加入 医療 保険	被保険者等 記号・番号			
受給者 氏 名			被保険者 氏 名			
生年月日	年月日		保険種別	国・国組・協・健組・船・共		
領 収 書						
領収金額	円	患者	本人 家族	家族氏名		
保険診療点数	点	診療月	年 月 分	(日から日)		

上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。

年月日

住 所

医療機関等名

医師等名

振 込 先	銀行	本店	普通	名 義 人	フリガナ	
	金庫	支店	当座	氏 名		
	農協	出張所	その他	口座番号		