

母子家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

太良町長 様

行政区（ ）

申請書住所
(受給者) 氏名

㊞

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

区 分	母子(母・子), 父子(父・子), 寡婦	加入 保 険	被保険者氏名	
受給資格証記号番号			保険証記号番号	
患者との続柄			保 険 名	国保・社保・
患者の生年月日				その他 ()

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明					
患 者 氏 名					
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は入院日数 日)				
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤	
保険診療総点数	点	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点	点
診療一部負担金	円	円	円	円	円
別途薬剤負担金	円	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額	円	/		円	
訪問看護利用料	/		円	/	
上記の金額を受領しました。					
年 月 日					
医療機関等所在地					
住 所					
氏 名					
㊞					

※一カ月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

※保険診療以外の医療費については申請できません。

[市 町 村 記 入 欄] ※この記入欄は記入しないでください。

給 付 決 定 額					
		一部負担金額	高額療養費	附加給付額	給 付 額
保険診療	入 院	円	円	円	円
	入院外	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額		円	/		円
訪問看護利用料			円		
合計					円