様式第6号(第5条関係)

**ひとり親家庭等医療費助成申請書**

白石町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者　　住所　白石町大字

(受給者)

氏名

(TEL　　　　　―　　　　　―　　　　　)

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］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者証記号番号 |  | 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 患者との続柄 |  | 保険証記号番号 |  |
| 患者の生年月日 | 年　　　月　　　日 | 保険名 |  |

［医療機関等記入欄］

申請書は、入院、歯科、調剤別に診療月ごとに1枚ずつ作成してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | | 点 |
| 保険診療  一部負担額 | 円 | 円 | 円 | | 円 |
| 薬剤費一部負担額 | 円 | 円 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| ［市町村記入欄］ | | | | 世帯コード |  |
|  | 給付決定額 | | | | |
| 一部負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | | 給付額 |
| 保険診療 | 円 | 円 | 円 | | 円 |
| 訪問看護利用料 | 円 | 円 | 円 | | 円 |

　　　　　　注意　1　保険診療以外の医療費については申請できません。

　　　　　　　　　2　1か月分をまとめて申請してください。

　　　　　　　　　3　1か月分につき個人負担金500円が控除されます。

　　　　　　　　　4　市町村記入欄は記入しないでください。

　　　　　　　　　5　申請は診療日から2年以内に行ってください。2年を超えると申請できません。