

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

倶知安町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
受給者との続柄
電話番号

ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申請内容	受給者	受診番号					医療保険 記号・番号						
		住所											
		フリガナ					生年月日						
		氏名											
	医療を受けた 病院	名称											
		所在地											
	診療の内容	入院外					療養の間	自	至	年	月	日	
		発病の 原因					診療日数	月（日）					
		療養に要した費用	円										
	医療費の 支払方法	医療費の	1. 現金払	金融機関名		銀行 支店							
支払方法		2. 口座払	口座番号		名義人								
※決定欄	課長		室長		係長		係		決定年月日	令和	年	月	日
	1. 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。												
	支給決定	総医療費	保険給付費	高額医療費	付加給付及び 保険対象外額	初診時 一部負担金	支給決定額						
	却下理由												

（注）申請者は、※欄は記入しないでください。