様式第5号（第3条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 決裁 | 課長 | | グループ　長 | | 担　当 | | 受付 | 年　　月　　日 | | |
|  |  | |  | |  | | 伺 | 年　　月　　日 | | |
| 決定 | 年　　月　　日 | | |
| 支給 | 年　　月　　日 | | |
| 助成内訳 | 一部  負担金の額 | | 控除額内訳 | | | | | | | | 交付決定額 |
| 附加  給付額 | | その他 | | 控除  (足切)額 | | | 控除額計 |
| 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 | 円 |

ひとり親家庭等医療費助成金給付申請書（請求書）

年　　月　　日

椎　葉　村　長　　　殿

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

ＴＥＬ(　　　　)　　－

　　　年　　月分の医療費（外来・入院）を助成されたく申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 受給資格者  証記号番号 | |  | | | | 加入保険 | 世帯主又は  被保険者氏名 | | |  |
| 氏名 | |  | | | | 保険証記号  番号 | | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 保険名 | | | 政・組・日・船・共・国 |
| 振込希望金融機関名 | | | |  | | | | 口座名義 |  | | |
| 口座番号 |  | | |
| この欄は、お手数ですが医療機関においてご記入願います。 | | 年　　　月診療（入院・外来・歯科） | | | | | | | | | |
| 診療実日数 | | | 総点数 | 保険以外公費点数 | | | | 一部負担金額受領額 | |
| 日 | | | 点  円 | 点 | | | | 円 | |
| 上記の一部負担金を受領いたしました。  年　　月　　日  所在地  医療機関等の名称  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |

「注」太線枠内は記入しないこと。

申請者