

様式第3号(第5条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書 令和 年 月 日 浅川町長 様 受給者番号 () 申請者住所 浅川町大字 氏 名 印 年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。	
受診者名	
生年月日	
同一受診月分の申請の有無(注2参照)	無 ・ 有

医療 機 関 記 入 欄	保険診療 総点数	入院 外来	点 点	薬剤負担金領収金額①		円	
					負担金領収額(①を除く)②		円
	食事提 供日数	日	入院時食 療養費定額 負担日額	円	入院時食事療養費 定額負担月額 (提供日数×日額)	③	円
	入院時食事療養費総額(保険適用分月額)						円
	上記 月分の一部負担金を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関 住所 又は薬局 名称 印						

一部負担額 (A) ①+②+③	附加給付額 (B)	高額療養給付費 (C)	自己負担額 (A-B-C)
円	円	円	円

注1 上記の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書(同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。)の提出を行ったことがあるか無いかいずれかに丸をつけてください。