

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書						
申請者の記入欄	年 月 日					
	山都町長 様					
	申請者 住所 山都町					
	氏名 個人番号					
ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、領収書を添えて申請します。						
申請者の記入欄	受給資格者証番号		保険名			
	受診者氏名		被保険者氏名			
	受診者生年月日	年 月 日	保険者記号番号			
医療機関等の記入欄	年 月分					
	診療区分(入院、外来、歯科、食事、柔整、訪問看護)					
	医療機関名	医療費総合	一部負担金	薬剤	日数	
	診療区分(薬剤)					
	医療機関名	医療費総合	一部負担金	日数		
町の記入欄	医療費総額	一部負担金	高額療養額	附加給付額	その他の控除額	助成額