

太子町ひとり親家庭医療費助成申請書

太子町長 様

年 月 日

申請者 住 所

(保護者) 氏 名 ㊞

受給者との続柄 電話

受給者番号

下記のとおり医療費の助成を申請いたします。
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

※申請者の欄及び太線わく内について記入してください。

受給者	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
加入医療保険	被 保 険 者 等 名		保険種別 協・組・日・船・共・国・国組・その他	
	記 号 番 号		発 行 機 関	
	自 己 負 担 割 合	割	附 加 給 付	有 ・ 無
振込先 銀 行 協 支 店			預 金 種 目	普通 ・ 当座
			口 座 番 号	
			フ リ ガ ナ	
			口 座 名 義 人	
医療機関の窓口で医療費を支払った理由		1 大阪府外での受診 2 医療証未交付中の受診 3 その他 ()	医療費助成申請額 円	

領 収 書

※右の領収書は医療機関等において記入し、もらってください。

様にかかる 年 月 分 診療費領収額	保険診療総点数	点	医療区分 医科・歯科・調剤・その他()
	公費負担区分(結核・精神等)	点	入院・入院外
	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数 日間)		
保険扱 円	合計 円		
食事療養費 円			
その他 円			
医 療 機 関 等	住 所 名 称 氏 名	印	

町 処 理 欄	医療費総額	高額療養費	家族療養附加金	助 成 決 定 額	
	円	円	円	円	
	【備 考】			受 付	