

様式第4号（第7条関係）

ひとり親家庭医療費助成金交付申請書
請求額 金 _____ 円也

ただし、平成 _____ 年 _____ 月分ひとり親家庭医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(あて先) 甲州市長

患者氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

(請求者) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

医療保険各法による診療報酬請求額証明書

患者氏名	様	種別	国 保			政管	船員	共済	組合
			一般	退職被保険者	退職被扶養者				
						本人・家族			

診療費	平成 _____ 年 _____ 月分	実診療日数
入院・入院外の別等	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他
	診療報酬総点数	_____ 点
	他公費負担点数 (種別 _____)	_____ 点
	当月分の保険診療に係る本人負担額	_____ 円

入院時食事療養費における自己負担分	
一 般	円 × 日 = _____ 円
市町村民税非課税世帯 (入院3箇月までの者)	円 × 日 = _____ 円
市町村民税非課税世帯 (入院4箇月目以降の者)	円 × 日 = _____ 円

上記のとおり相違ありません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
関係医療機関等
所在地
名称・代表者名 _____ (印)

金額の前に
¥を必ず入
れてくださ
い

※ 助成金決定額 _____

(注) ※欄は記入しないこと。