

ひとり親家庭医療費助成金支給請求書

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。

年 月 日

(宛先)甲州市長

患者氏名 \_\_\_\_\_ ( 年 月 日生)

(請求者) 住 所 甲州市

氏 名

医療保険各法による診療報酬請求額証明書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

診 療 年 月	年 月分	実 診 療 日 数	日
入院・入院外の別等	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 入院外 <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(注1)	( )円×( )回	一部負担金 円
	入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (入院日数 日)	

(注1) 児童のみ対象となります。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等

所在地

名称・代表者名

※ 助成金決定額

(注) ※欄は記入しないこと。