

# 記入例

（親）ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

支給決定額	*	円
-------	---	---

負担者番号	8	5	1	4	0	5	3	1	世帯主組合員／
受給者番号									被保険者氏名
保険の種類	1 国保 5 船員	2 組合 6 共済	3 協会 7 後期	4 日雇	被保険者等				
保険者名	対象者が2人以上の場合、並べてご記入ください。								
対象者氏名	綾瀬 一郎、次郎				生年月日	平成〇年〇月〇日 令和×年×月×日			
申請の種類	1 一般	2 歯科	3 薬剤	4 看護	5 補装具	6 その他			
入院・入院外の別	1 入院	2 入院外							
診療等を受けた期間	令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日								
医療費総額	円								
支給申請額	受診歴の一番古いものをご記入ください。（所在地は記入不要）								
病院等の名称 所在地	名称 〇〇クリニック 他				所在地				
申請の理由 （詳細に記入）	・医療証交付前のため				・県外で受診したため ・使用できなかったため ・その他（ ）				

申請者名義の口座情報をご記入ください。

金融機関	△△銀行 〇〇支店	1 普通	口座番号	1234567
		2 当座	口座名義人	綾瀬 太郎

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。

令和〇年〇月〇日

申請者の情報と記入日をご記入ください。

（宛先）綾瀬市長

住所 綾瀬市早川 550 番地

氏名 綾瀬 太郎

（備考）1 \*欄は記入しないでください。

2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

3 市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。

なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。

# 記入例

## 請求書

綾瀬市長 殿

年 月 日

申請者の情報をご記入ください。

住 所 綾瀬市早川550番地

請 求 者 綾瀬 太郎

下記の金額を請求いたします。

納入先(課名・学校名)	請求番号	合計金額
児童青少年支援課		円也
品名	数量	金額
ひとり親家庭等医療費助成金		円

記載内容を訂正する場合は、必ず二重線を引き、訂正印を押して(もしくはフルネームのご記入)ください。

### ■ 口座の場合

フリカ`ナ	アヤセ タロウ		
口座名義人	綾瀬 太郎		
金融機関コード	XXXX	支店コード	XXX
金融機関名	△△銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	普通	口座番号	1234567

申請者名義の口座情報をご記入ください。