第6号様式(第18条関係)

⑥ 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				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 記号番号
保険者名	符号			名称	
対象者氏名				生年月日	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	年 月 日から 年 月 日				
医療費総額					
支給申請額					
病院等の名称 所在地	名称 所在地				
申請の理由 (詳細に記入)					
支給額は、次の口座に振り込んでください。					
振込先 金融機関	銀行 店		1 普通 2 当座	口座番号	
				口座名義人	
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。 年 月 日					
(宛先)綾瀬市長					
住所 氏名					

(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。

請求書

(宛先)綾瀬市長

住所

年 月 日

請求者

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

■ 口座の場合

フリカ`ナ			
口座名義人			
金融機関コート`		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種目	普通	口座番号	