

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

穴 水 町 長 殿

申請者

住所 穴水町字

氏名

印

下記のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

(令和 年 月分申請)

| 申請額 (A-B) | 一部負担金 等の額計A | 控 除 額 の 内 訳 | | | 給付 決定額 | 備 考 |
|--------------|----------------|-------------|--------|-----|-----------|-----|
| | | 付加給付額 | 条例負担 | 計 B | | |
| | | | 1,000円 | | | |

| 受 資 格 給 者 | 登録番号 | | 加 入 保 険 | 被保険者 氏 名 | |
|-----------------|------|--|------------------|---------------|--|
| | 氏 名 | | | 保 険 証 記号番号 | |
| 対 象 者 | 氏 名 | | | 保 険 者 名 | |
| | 生年月日 | | | | |
| | | | | | |