

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	年月日	
					同	年月日	
					決定	年月日	
					支給	年月日	
支給 内容	保険診療 合計金額	控除額			交付決定額		
	円	付加給付額 円	他法負担額 円	高額療養費等 円	円		
					再審	台帳	計算
ひとり親家庭医療費助成申請・請求書							
須崎市長 様							
申請者 住所 (保護者) 氏名							
ひとり親家庭医療費の助成を受けたく申請し請求します。							
請求額	円 年 月 診療分(外・入)						
受給者証記号番号			加入医療保険	被保険者証記 号 番 号			
受給者	氏 名	男 女		被保険者氏名			
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 種 別	国・国組・協会・ 健組・船・共		
領 収 書							
入院時 内 訳	診療代	円	患者	本人	家族氏名		
	食事代	円× 日=	診療月	年	月分		
領収金額(合計)		円	(日から 日)				
上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。 年 月 日							
住 所 医療機関等名 医 師 等 名							
※ { 発行責任者名 担 当 者 名 連 絡 先							

受取銀行
銀行本店
支店

※押印を省略する場合は記入してください。