

(様式第5号)

長洲町ひとり親家庭等医療費助成申請書(兼請求書)

長洲町長 様	年 月 日
申請者(請求者)	住所 氏名 印
下記のとおり、医療費の助成を申請します。	

本人記入欄	支給対象者	受給者資格番号		加入保険	記号番号	
		受給者氏名			保険者名	
		生年月日				

医療機関等の記入欄	医療機関	診療月 年 月				
		入院	日数	総点数	定率一部負担金	円
			日	点		
		通院	日数	総点数	定率一部負担金	円
			日	点	薬剤一部負担金	円

上記のとおり一部負担金を受領しました。				
年 月 日				
所在地 名称 氏名 印				

町記入欄		調剤	日数	総点数	定率一部負担金	円
			日	点	薬剤一部負担金	円
					処方医療機関	

上記のとおり一部負担金を受領しました。				
年 月 日				
所在地 名称 氏名 印				

(注1) 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

(注2) ひと月毎に、一つの医療機関(調剤薬局も含む)から記入欄に証明を受け(証明を受けることができない場合は、領収書でも可。ただし、レシートは不可)申請してください。

町記入欄				支給決定欄	課長	課長補佐	係長	係
	総医療費	一部負担金	高額療養費の額	附加給付額		町助成金		
	円	円	円	円		円		