

様式第9号（第8条第1項）

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

八街市長 様

住所
申請者 氏名
電話 ()

次のとおり医療費等の助成を受けたいので、八街市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第6条第4項の規定により申請します。

受 診 者	氏名				申請者との続柄		
	住所				生年月日	年	月 日
	加入医療保険の種類	政・組・船 共・国・後	記号番号 保険者名			本人・家 族の別	本人 ・ 家 族

* 下欄太線内に保険医療機関又は保険薬局の証明を受けてください。
ただし、領収書の添付により診療内容・調剤の給付の内容が確認できる場合は証明の必要はありません。

診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤） *該当に○印を つけてください。				
医 療 機 関 保 険 薬 局	診療・調剤月	年 月分	診療報酬総点数	点
	公費負担額	有 (円) ・ 無	調剤報酬総点数	点
	入院延日数	日	証明手数料	円
	入院時食事療養費 本人負担額	円 (円 × 日)		
	保険医療機関又は 保険薬局の名称・ 氏名・所在地	上記のとおり証明します。 (取扱者印)		

審 査	自己負担額 A	附加給付額等 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成交付額 E A - (B + C) + D
	円 円 円 円	有 無 円	円	円	円

振 込 口 座	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 支所 出張所
	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号		
		名義人		

注 審査項目については、記入しないで下さい。