

年 月 日

様式第1号（第9条及び第10条関係）

ひとり親家庭医療費助成申請書及び口座振替依頼書

岬町長あて

住所 岬町 _____

届出人 氏名 _____

TEL _____

住所 岬町 _____

受給者 氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のとおり医療費の助成を申請します。 ※注意 この申請書は1ヶ月1枚です。

¥ _____

$$\left(\begin{array}{l}
 \text{年} \quad \text{月分保険} \\
 \text{診療一部負担金} - \text{一部自己負担金} = \text{医療費助成申請額} \\
 \text{円} - \quad \quad \quad \text{円} = \quad \quad \quad \text{円}
 \end{array} \right)$$

負担者番号	8	2	2	7	0	5	8	8
受給者番号								X
保険証	記号			番号				

振込先金融機関名		銀行		支店
預金 口座	1. 普通	番		
	2. 当座	号		
	名義	<small>刀カナ</small> -----		

領 収 書

¥ _____
 ただし受給者（ _____ ）にかかる
 年 _____ 月分保険診療一部負担金

入院・入院外別 <small>（総合病院は診療科名を記入）</small>	入 院 ・ 外 来 <small>（ 科 ）</small>		年 _____ 月 _____ 日から
保険診療総点数	合計	点	診療を受けた期間
	1日目（ _____ 月 _____ 日）	点	
	2日目（ _____ 月 _____ 日）	点	
	3日目以降	点	
公費負担区分 <small>（結核・精神等）</small>		点	医療費総額 _____ 円
			年 _____ 月 _____ 日まで 診療実日数 _____ 日

（注） 入院・外来は該当欄を○で囲んで下さい。

年 月 日

住 所
 医療機関等 名 称
 氏 名