

## ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書

年 月 日

斑鳩町長様

申請者（扶養義務者） 住所 斑鳩町  
氏名  
TEL（ ）

金 円

ただし、 年 月分医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

	生年月日	年 月 日	確認欄	保険給付（ /10）
受給資格証の 受給者番号	受給資格者 氏名			所得区分 上I(7)・上II(4)・ 一般II(7)・一般I(1)・ 低I(4)
加入医療保険 名称	加入医療保険 記号番号			

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	本店・支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
名義人	フリガナ		

医療機関等記入欄 （※領収書添付の場合は記入不要）	医療状況書	年 月分	該当制度：ひとり親家庭等医療		
	入院	入院日数： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）			
		総点数 A	自己負担額 B	一部負担金 D	
	外来	通院日数： 日			
		総点数 A	自己負担額 B	薬剤一部負担金 C	一部負担金 D
		上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。 医療機関等 所在地 名称 氏名 <small>※氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ場合は、 本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。</small>			

決定	自己負担額	高額療養費 附加給付額	一部負担金相当額	支給決定額
	（ 円）－（ 円）－（ 円）＝	（ 円）	（ 円）	入 検

(裏面)

下欄に、領収書を糊等で貼り付けてください。  
(医療費助成金交付請求書 1 枚につき、月毎、医療機関毎に貼付けをお願いします。)