

- ⑨ 1. 申請書は、医療機関（入院・外来・調剤別）、診療月、受診者ごとに作成してください。
2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。（こども家庭課または各出張所窓口）
3. 健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。（こども家庭課）
4. 保険診療以外の医療費については助成できません。
5. 一部負担金を負担した日（領収日）から1年を過ぎると請求できません。

様式第6号（第5条関係）

ひとり親家庭等医療費助成申請書（請求書）

年 月 日

小城市長 様

申請者 住 所 小城市

（受給者）氏 名

電 話 _____

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

申請者記入欄

受給資格証番号		加 入 保 険	被保険者氏名	
診療を受けた者 （助成対象者）			記 号 ・ 番 号	
生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 名	

医療機関等記入欄

保 険 診 療 額 （領 収） 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月 分（入院がある場合は入院日数 日）			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療 一部負担額	円	円	円	円
訪問看護 利用料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 ㊟				

小城市記入欄

給 付 決 定 額					
	総 医 療 費	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	一部負担金（A）
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護 利用料	円	円	円	円	定額負担金（B）
					円
	計算①	計算②	入 力	チェック	給付額（A－B）
					円