様式第６号（第６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

氏　名

（電話番号　　）

〔注〕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. 加入医療保険の情報、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。

申請者記入欄

受給者番号		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（領収書を添付しない場合のみ記入）

患者氏名			
診療月	年　月分（入院期間　月　日から　月　日まで）		
区分	① 入院	② 外来（医科・歯科）　③ 調剤	
		１回目（　月　日）	２回目以降（　月　日）
保険診療総点数	点	点	点
他法公費負担点数	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円
その他療養費（訪問看護、補装具等）		円	円

上記の一部負担金額を（　年　月　日）に領収しました。

年　月　日

医療機関等　住　所

名　称

氏　名　　印

小城市記入欄

	総医療費	一部負担金	窓口負担(A)	給付・公費(B)	保護者負担(C)	支給決定額(A-B-C)	入力
1回目（　/　）	円	円	円	高付公　円	円	円	
2回目以降（　/　）	円	円	円	高付公　円	円	円	
計算①	計算②	読み合わせ	備考				