**ひとり親家庭医療費助成金申請（請求）書**

　令和　　年　　月　　日

川南町長　　様

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　－　　　－

　　　　　年　　月分医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額 | | 円 | | 受給資格者証番号 |  |
| 加  入  保  険 | 被保険者  氏名 |  | | 記号番号 |  |
| 保険名 |  | | | |
| 受  診  者 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 保険診療（調剤）額領収証明 | | | | | |
| 年　　月分診療（調剤）報酬（　１　入院　２　外来　３　歯科　４　調剤　） | | | | | |
| この欄は、医療機関及び調剤薬局で 御記入ください。 | 診療実日数 | | 日 | 左記の金額を受領いたしました。  医療機関等の  所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 診療報酬点数 | | 点 |
| 一部負担金受領額 | | 円 |
| 調剤実日数 | | 日 | 左記の金額を受領いたしました。  調剤薬局の  所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 調剤報酬点数 | | 点 |
| 一部負担金受領額 | | 円 |

注意事項

１　この申請書は、診療等を受けた月の末日までの分をまとめて、医療機関等の証明を受

け、翌月以降に町長に提出してください。

２　この助成の対象は、診療報酬等に定められた保険給付の範囲とします（例えば、特別

室料、付添い給食費等は、対象になりません。）。

３　自己負担金未払の場合は、この証明はできません。