

ひとり親家庭等医療費助成金交付申請書

年 月 日

登別市長 様

住 所 登別市 町 丁目 番地
アパート・マンション名等・部屋番号

氏 名 印
 電話番号 ()

申 請 内 容	受給者	受給者証 番 号	<input type="checkbox"/> 課 <input type="checkbox"/> 初	医療保険 記号番号		
		氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	医療費助成金の 支 払 方 法	1 現金払 2 口座振込	金融機関名	銀行・金庫 本店 信金・信組 支店 出張所		
			口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
ゆうちょ銀行			1	0		
		(カタカナ) 名義人氏名				
ひとり親家庭等医療費領収書 (年 月分)						
	患者氏名	領収金額	入院・入院外の別		入院・入院外	
			診療実日数		日	
			初診回数		回	
	年 月 日 発行					
	所在地					
	医療機関 名称					
	開設者氏名 印					

※ 決 定 欄	総括主幹	主査	担当員	決定年月日	令和 年 月 日	
				支払年月日	令和 年 月 日	
1. 上記申請内容を審査した結果、次のとおり助成する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。						
助成 決定	総医療費	法定自己負担額	保険給付額	自己負担額	領収金額	助成金決定額
	円	円	円	円	円	円
却下理由						