

ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

年 月 日

愛川町長 殿

届出人 住 所

氏 名

印

電 話

下記のとおり、ひとり親家庭等医療助成費の支給を申請します。

記

受給者証番号		別紙のとおり					
受給者	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
	住 所	別紙のとおり					
加入保険	被保険者記号番号	別紙のとおり					
	保険種別	別紙のとおり					
	保険者名称	別紙のとおり					
診療年月		別紙のとおり	入院外来区分	入院 ・ 外来			
医療機関名称		別紙のとおり					
医療機関所在地		別紙のとおり					
申請理由		1 県外の医療機関等で受診 2 医療証交付前の受診 3 その他（ ）					
診療科目		医科・歯科・調剤・柔整・看護・補装具・その他（ ）					
総医療費		円					
一部負担額		円					
口座情報	銀行名	銀行・農協・信金・信組・労働金庫					
	支店名	本店・支店・出張所					
	口座番号	普通 ・ 当座					
	口座名義人(カタカナ)						