

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	氏 名								
	生年月日	年 月 日							
	住 所	届出人と同じ・異なる（ ）							
診療年月			入院外来区分		入院 ・ 外来				
医療機関名称									
医療機関所在地									
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)								

