

様式第8号（第3条関係）

ひとり親家庭医療費支給申請書

受給資格者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
住所			電話番号	
医療保険の加入状況	被保険者、組合員又は世帯主の氏名		被保険者、組合員又は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員又は世帯主の住所		保険者の名称・保険者番号	
	被保険者証又は組合員証の記号番号		保険者の所在地	
保険診療総点数	点		対象者氏名	
入院・外来の別	入院 ・ 外来		生年月日 年 月 日	
歯科・調剤	歯科 ・ 調剤			
食事療養費				
精神医療（通院）			担当者記入欄	
その他	補装具・柔整・（鍼・灸）			
支給額	円			
医療機関名				
所在地				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>日高川町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>				
振込金融機関	口座番号		口座名義人	
銀行 信用金庫 農協	支店 支所		普通・その他	