

様式第8号（第3条関係）

赤字の部分をご記入いただき、下の書類と合わせてご提出ください。

ひとり親家庭医療費支給申請書（記載例）

| | | | | |
|--|----------------------|-------|---|--|
| 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 受給資格者またはお子様の名前 生年月日 年 月 日 | |
| 入院・外来の別 | 入院 ・ 外来 | | | |
| 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 受給資格者様のお名前</p> | | | | |
| 振込金融機関 | 口座番号 | 口座名義人 | | |
| 銀行 信用金庫 農協 | 普通・その他 | | | |
| | 支店 支所 | | | |

※申請書に添付する書類※

- ・支給の対象となる受給資格者様もしくはお子様の保険証のコピー
- ・ひとり親家庭医療費受給者証のコピー
- ・領収書の原本
- ・受給資格者様名義の通帳の見開きページのコピー