

ひとり親家庭等医療費支給申請書

<受給者> (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
住所 (建物名等)		市処理欄	受給者番号

<申請者> (受給者本人等)

恵庭市長 様 (申請日) 年 月 日 ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。 領収書提出枚数 () 枚	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	署名
	個人番号 - この手続では個人番号の記入は不要です -
	電話番号 - -
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要) 続柄 受給者から見て 本人 その他()

<受取口座>

口座名義人	フリガナ	預金項目	普通・当座・()
金融機関名	銀行 本店 信用(金庫・組合) 支店 農協 出張所	店番号	口座番号

恵庭市使用欄

助成申請により、下記のとおり支給してよろしいか。	負担区分	課 (1割・2割)・初
	保険割合	2割・3割
	高額医療費	該当(令和 年 月分)・非該当
支払額	A	円
高額療養費等	B	円
一部負担金(初診時一部負担金)	C	円
支給決定額(A-B-C)		円

本人確認	備考	決裁欄		
①番・免・パ・手帳 他()	合算 有・無 (合算対象)	課長	主査	担当
②証・年金・資書・介 社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 領収書返却済 支払予定日 年 月 日			
③ヒア 代理権確認手段 受給者証・健康保険情 報・障害者手帳・委任 状・他()				