

申請される(受診した)受給者の氏名・生年月日・住所を記入してください

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 | エニワ スズ | 生年月日 | H ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 氏名 | 恵庭 鈴 | 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) | 恵庭市京町1番地 | 市処理欄 | 受給者番号 |

<申請者> (受給者本人等)

恵庭市長様
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 (申請日) ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | | |
|--------------|---|------|--|
| フリガナ | エニワ ハナエ | 生年月日 | S ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 署名 | 恵庭 花絵 | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要) | 電話番号 | ○○○-○○○-○○○ |
| | | 続柄 | 受給者から見て <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> その他() |

<受取口座>

| | | | |
|-------|------------------------------------|------|------------|
| 口座名義人 | フリガナ エニワ ハナエ 恵庭 花絵 | 預金項目 | 普通・当座・() |
| 金融機関名 | 銀行 恵庭 信用(金庫・組合) 恵庭 支店 農協 出張所 | 店番号 | 0001234567 |
| | | 口座番号 | |

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください

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) | | 円 |
| 支給決定額(A-B-C) | | 円 |

記入不要です

| 本人確認 | 備考 | 決裁欄 | | |
|---|------------------------|-----|----|----|
| ① 香・免・バ・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() | □領収書返却済 支払予定日 年 月 日 | | | |
| ③ エア 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() | | | | |