様式第5号（第8条関係）

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄　**※二重線の枠内をご記入のうえ押印してください。**

壬生町長　　様　　令和　　年　　月　　日

受給資格者（申請者）　住所　壬生町
氏名　　㊞
電話

受給資格者番号			加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	昭和 平成　年　月　日		保険者名称	

振込先	□ 前回と同じ場合は未記入 銀行 農協 信用金庫　本・支店			
	フリガナ		預金種別	□ 普通　□ 当座
	口座名義		口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有　・　無	

（注）高額療養費・附加給付金に該当してときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄　**※太線の枠内をご記入のうえ押印してください。最大で6か月分まで記入できます。**

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合	1・2・3 割	特定疾病療養受療証の有無	有 ・ 無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		

令和　　年　　月　　日

医療機関等　所在地
名称
氏名　　㊞

助成内容	保険診療合計	一部負担金	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円