

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

御船町長 様

申請日

年

月

日

申請者記入欄	住 所	御船町大字		
	電 話 番 号			
	受給資格者名			
	加 入 保 険	国民健康保険・社会保険・共済組合・その他（ ）		
	証 番 号			
	助成対象者名		生年月日	年 月 日
	下記のとおり 年 月分を申請します。			

医療機関等記入欄	診療（調剤）報酬証明		※入院時食事療養費を除く			
	診 療 月	年 月 分	受診者名			
	診 療 実 日 数	日	左の金額を領収しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 氏 名 印			
	上 記 内 入 院 日 数	日				
	総 診 療 点 数	点				
	診療報酬一部負担金受領額（入院時食事療養費にかかる定額負担金を除く）					
			円			
	調剤報酬一部負担金受領額 （薬剤一部負担金を含む）		左の金額を領収しました。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名 印			
	総 点 数	点				
			円			

町記入	一部負担金	高額療養費	付加給付額	差引負担額	助成金決定額
	A 円	B 円	C 円	D= (A-B-C) 円	(D×2/3) 円

※ 子は18歳到達後最初の3月末まで、父または母は子が20歳の誕生月までのひとり親が助成対象です。

※ 申請者は、二重線の枠内を記入してください。なお、診療月から1年以内に申請がなければ無効です。

※ 2～4月の申請は5月末日、5～7月の申請は8月末日、8～10月の申請は11月末日、11～1月の申請は2月末日に指定口座へ振り込まれます。

※ 高額医療費を受給した場合はその金額が分かる書類を添付してください。

※ 一部負担金に対して助成しますので、保険外診療（診断書代・室料・食事代・予防接種代・歯科矯正・インプラント等）については対象外となります。