

ひとり親家庭医療費助成金支給申請書												
鹿屋市長			様			年			月			日
申請者住所		鹿屋市										
申請者氏名 (対象者又は保護者)							連絡先電話番号 (自宅・携帯)					
証 番 号							加入 医 療 保 険	被保険者氏名				
対 象 者		フリガナ						記号・番号				
		氏 名						保 険 者 名				
		生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日								
他の世帯員 の受診状況		氏 名				病院				支払金額		円
		氏 名				病院				支払金額		円
高額療養費支給回数				回								

注 助成金は、受給資格者登録時に振込依頼のあった預金口座に振り込みます。

医療機関等の証明

診 療 年 月		年 月 分															
保 険 診 療 総 点 数	入 院							点	保険診療による 一 部 負 担 金	入 院							円
	外 来									点	外 来						
うち他法制度による負担分(精神・結核等)						点		診 療 科 目		1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他 6 訪問看護							
証 明 手 数 料 の 徴 収		有				円・無		※通信欄				記入者					
医療コード		年 月 日 所在地 名 称 医療機関等 開設者 氏 名 印															

高 額 療 養 費 支 給 額 算 定			
A 医療機関等への支払額	B 家族療養付加金	C 家族高額療養費	D 一部負担金の額 A－(B+C)
円	円	円	円
上記被保険者等の 年度市民税における課税状況は下記のとおりである。 1 市民税の非課税又は免除されている者である。 2 市民税の課税されている者である。 (ただし、地方税法第328条の規定によって課する所得割を除く。) 担当者 印			支給決定額 円

領収書控（医療機関保管用）		領収書控（申請者保管用）	
年 月 日		年 月 日	
ひとり親家庭医療費助成金支給申請書証明手数料_____円を 受領しました。		ひとり親家庭医療費助成金支給申請書証明手数料 _____円を受領しました。	
患 者 氏 名 _____様		患者氏名 _____様（ 年 月 ）	
診 療 月 _____年 月		医 療 機 関 名 _____	
		印	