

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		
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		円
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	B	C	D
医療機関等への支払額	家族療養付加金	家族高額療養費	一部負担金の額 A - (B + C)
円	円	円	円
上記被保険者等の 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			支給決定額
			円

領収書控(医療機関保管用)

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。

患者氏名 様

診療月 年 月

領収書控(申請者保管用)

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。

患者氏名 様(年 月)

医療機関名 印