

記入する日

第8号様式(第7条関係)

ひとり親家庭医療費助成金支給申請書

鹿屋市長		様		令和8年4月1日	
申請者住所	鹿屋市 共栄町20番1号				
申請者氏名 (対象者又は保護者)	鹿屋 花子		連絡先電話番号 (自宅・携帯)	090-1234-5678	
証番号	1	2	3	4	5 6 7
対象者	フリガナ				
	氏名	鹿屋 次郎			
	生年月日	平成30年 2月 11日			
加入医療保険	被保険者氏名	鹿屋 花子			
	記号・番号	(国保)	(社保)		
	保険者名	(国保) 鹿屋市	(社保) ○○健康保険組合		
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		太枠内を申請者が記入		

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 日		所在地		
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)			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 印			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