

様式第6号(第17条関係)

	0	2	申請者記入欄
(親) ひとり親家庭等医療費等支給申請書			
年 月 日			
神川町長様		住所 神川町 氏名 電話 ( )	
下記のとおり医療費を申請します。			
受給者	受給者証 記号番号	加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名
	ふりがな		名称
	氏名		健保・国保・共済 協会・後期
			記号・番号

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

領 収 書		医療機関記入欄	
	入院 日	外来 日	
円			
ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) 入院時食事療養標準負担額は含まない。			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
円(算定数 食)		医療機関コード	
ただし、入院時食事療養標準負担額		県コード 診療 区分	医療機関コード
		医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名	
年 月 日			
様			

- (注)1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
 2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	条例第6条自己負担金	支給決定額
	円	円	円		円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で入院4箇月以降)		
	円×食= 円	円×食= 円	円×食= 円		