

**様式第5号**（第3条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

五木村長 様

申請者 住所  
氏名 印

年 月分医療費の給付を受けたく申請します。

申請者が 記入する欄	申請額		円	加入 医療 保険	被保険者氏名	
	受給資格証 記号番号				保険証記号番号	
	受診者	氏名			同一世帯員で当該月に 医療を受けた者の氏名	医療保険名
		生年月日				

医療 機 関 等 で 記 入 す る 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	患者氏名		
	診療実日数	左の内入院日数		左記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 氏名 印		
	日	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係る定額 負担金を除く。)					
診療報酬一部負担金受領額			左記の金額を受領しました。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名称 氏名 印			
			円			

市 町 村	給付決定額			
	一部負担額 A	高額療養費 B	附加給付額 C	給付額 A-B-C
	円	円	円	円

※ 申請書提出の際は必ず受給資格証をご持参ください。