

様式第 5 号 (第 6 条関係)

受 給 者  記 入 欄	ひとり親家庭等医療費支給申請書										
	年 月 日										
	三 島 市 長      あて										
	受給者					住 所 氏 名 電話番号					
① 受者 給証	受 給 者 番 号					③ 加医療 保 入除	記 号				
							番 号				
	② 受診者 欄	氏 名					保 険 者 名				
		生年月日		年 月 日		④ 付 加 給 付		有 ・ 無			
病 名											
医 療 機 関 等 記 入 欄	保 險 診 療 等 領 収 証 明										
	保険診療による自己負担額					※ 円					
	うち薬剤費負担額					※ 円					
	計					※頭部に¥をお つけください。		千			円
	※ 診療期間		入院 有・無 ( 月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで)								
	年 月 日										
所在地 ※ (医療機関等) 名 称 代表者名											

市 記 入 欄	自 己 負 担 額	控 除 額 付 加 給 付 額	支 給 額	備 考
	円	円	円	
	付加給付額の算定			

(注)

- 1 医療機関等は、※印のみ記入してください。
- 2 1 枚につき、1 人分を記入してください。
- 3 1 箇月分を 1 枚で提出してください。