

ひとり親家庭医療費・食事代支給申請書

平成 年 月 日

柏原市長殿

申請者

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| 住所 | 柏原市 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 受給者との続柄 | | | | | | 電話 | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | |

次の通り医療費の支給を申請します。尚、次のとおり口座振替によって支払ってください。

| | | | | |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------|---------------|
| 受給者 | 住所 | (同上) | 電話 | (同上) |
| | 氏名 | 生年月日 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 加入医療保険 | 被保険者等 | 保険種別 政・組・日・船・共・国 | | |
| | 記号・番号 柏国 その他() | 発行機関 | | |
| | 自己負担割合 | 割 | 附加給付 有 ・ 無 | |
| 医療機関等の窓口で医療費を支払った理由 | ・ 府外受診のため ・ 児扶手又は年金申請中 ・ その他() | | 医療費支給申請額 円 | 医療費支給決定額 円 |
| 口座振替 | 振込先 銀行 農協 信金 支店 | 預金種目 | 普通・当座・貯蓄 | |
| | | 口座番号 | | |
| | | カタカナ | ----- | |
| | | 口座名義 | | |

太線枠内のみご記入ください

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------|
| 領収(証明)書 (記入しがたい場合は、記入不要) | 傷病名 | 診療区分 医科・歯科・薬剤・その他 入院・外来・食事代 | 診療期間 年 月 日から 年 月 日まで | 実日数 日 |
| | 領収金額 円 | 保険診療 総点数 点 | 医療費総額 | |
| うち、薬剤負担額 円 | 公費負担区分 (結核・精神等) | 点 | 円 | |
| 医療期間等 | 住所 名称 氏名 | 印 | | |

上記の領収(証明)書は、医療機関等において記入してもらってください。
(領収書を持っていない方のみ)