

ひとり親家庭医療費支給申請書

受給資格者証番号	第	号	加入 保 険	被保険者 氏名	
フリガナ				保険種別	国保・社保・後期高齢
受給資格者氏名				記号・番号	
性別	男・女			保険者名 (付加給付)	(有・無)
生年月日	年	月		日	
個人番号		-		-	
診療年月	年		月診療分		
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 以前、医療費を申請したときの口座を利用する(下記記入不要)				
			銀行・農協 金庫・()	店・支所 ()	
	普通・当座()		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
<p>上富田町長 様</p> <p>上記のとおり、支給申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p>電話番号 _____ - _____</p>					

審査結果	診療区分	件数	金額	診療区分	件数	金額
	医科入院	件	円	調剤	件	円
	医科外来	件	円	柔整・鍼灸	件	円
	歯科	件	円	補装具	件	円
	付加給付	有・無	円	支給決定額	件	円
備考	(町単独該当分 件 円)					