

① ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受付印

保険点数	点
総費用額	円
保険者負担額	円
他法及び付加給付額 (△)	円
高額療養費 (△)	円
差引額	円
一部負担金相当額 [定率200未満・200以上] [定額] (△)	円
件数	円
薬剤負担額	円
支給額	円

フリガナ 診療を受けた 対象者氏名				負担者番号		8		1		1		3								
生年月日		年 月 日		受給者番号																
申請の種類		1 一般 (医科歯科調剤)		2 補装具		3 その他 ( )														
入院・外来の別		1 入院		2 外来																
診療を受けた期間		年 月 日 ~		年 月 日		計		日												
病院等の名称 所在地		名称		所在地		他		件												
申請理由		1 医療証未提示		2 補装具		3 都外受診		4 その他 ( )												
支給申請額				円																
加入 医療 保険	保険の種類	国保・組国・組合・協会・法第126条・船員・共済 (除公務員) ・公務員共済・後期																		
	被保険者氏名 世帯主・組合員													対象者との 続柄	本人・母・父・その他					
	被保険者証 記号番号	記号				番号				負担割合	割									
	保険者名													付加給付の有無	有・無					
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療助成費の支給を申請します。                  なお、支給額決定後は下記の口座に振込んでください。</p> <p>渋谷区長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 ( ) _____</p>																				
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店		普通 当座	口座番号															
				口座名義人 (カナ氏名)																

※ 太線内を記入してください。  
 ※ 申請書・領収書 (レシート不可) の2点を提出してください。