

### ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書

年 月 日

宇陀市長 殿

(申請者) 住所  
氏名

㊞

金	円
---	---

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証 記号・番号	受給者 氏名
加入医療保険名称	加入医療 保険 記号番号

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込 口座		銀行	種別	普通 当座	番 号							フリガナ 名義
----------	--	----	----	----------	--------	--	--	--	--	--	--	------------

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療等の 状況	入院	医療機関:名称 _____ (所在地 _____ )											
		日数・期間				総点数				自己負担支払額			
		日(年月日～年月日)				点				円			
	外来等	①	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____ )										
			日数				総点数				自己負担支払額		
		日				点				円			
		②	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____ )										
			日数				総点数				自己負担支払額		
		日				点				円			
	③	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____ )											
日数				総点数				自己負担支払額					
日				点				円					

※確認欄 保険の自己負担割合(1割・2割・3割) ※高額療養費の有無(限度額 \_\_\_\_\_ )

※ 決 定								係	決裁年月日	年 月 日
									交付年月日	年 月 日
									台帳確認	

【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 = 支給額

( 円 ) - ( 円 ) - ( 円 ) = 円

※欄は記入しないでください。