様式第５号（第３条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金申請・請求書

年　　月　　日

（あて先）合志市長

申請者　住　所　合志市

氏　名

電話番号

年　　月分医療費の給付を受けたく申請します

申請者が記入する欄	受給資格証番号			
	受診者名 生年月日			年　月　日生
	加入保険	保険証記号番号		
		保険名		

※以下報酬証明欄については、1月分まとめて記入をお願いします。

医療機関等で記入する欄	診療・調剤報酬証明		
	診療区分	１入院　２通院　３歯科　４調剤　５その他	
	（　　）月分	総医療費（保険適用分）	診療報酬一部負担金
	診療日数　　日	円	円
	上記の金額を受領しました。　　年　月　日 医療機関　所在地 調剤薬局　名　称 氏　名　　㊞		
	施術院報酬証明		
	（　　）月分	総医療費（保険適用分）	診療報酬一部負担金
	施術日数　　日	円	円
	上記の金額を受領しました。　　年　月　日 整骨院　所在地 接骨院　名　称 氏　名　　㊞		

市町村	給付決定額		
	一部負担金 A	付加給付 B	給付額 A－B
	円	円	円

申請書提出の際は、必ず受給資格証と保険証をご持参ください