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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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