

大網白里市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

大網白里市長

令和 年 月 日

大網白里市ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、助成(償還払い)の申請をします。

申請者	氏名		住所	大網白里市		
	電話番号	— —	生年月日	昭和・平成	年	月 日

受診者	氏名	☐ 申請者本人	生年月日	平成・令和 年 月 日		
			住所	☐ 申請者と同じ	続柄	
	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日		
			住所	☐ 申請者と同じ	続柄	
	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日		
			住所	☐ 申請者と同じ	続柄	

高額療養費等に関する承諾書
(同月内で21,000円(7,000点又は10,500点)以上の医療費の支払がある場合のみ記入してください。)

私は助成金の算定に必要な附加給付金(高額療養費等)の内容について、保険者に照会することを承諾します。

令和 年 月 日

被保険者(組合員): _____

診療・調剤報酬証明書				
受診者		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
診療・調剤月	年 月	種別	入院・通院・調剤	
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点	
公費負担額	円	証明手数料	円	
入院延日数	日	食事療養費	円(円× 日)	
保険医療機関又は保険薬局の名称氏名、所在地	上記のとおり証明します。 所在地 名称、氏名 (取扱者)			

市審査欄

自己負担額 (A)	附加給付額 (B)	一部負担額 (C)	証明手数料 (D)	助成交付額 A-(B+C)+D
	有 無			

所得区分
(課税:300円 ・ 非課税:0円 ・ 調剤:0円)