

受付印

様式第3号(第10条関係)

ひとり親家庭医療費助成支給申請書

高石市長宛 令和 年 月 日

住 所 高石市

申請者 氏 名 印

続 柄 Tel

下記のとおり医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、市町村民税の課税状況および健康保険加入状況を確認することを承諾します。

対象者	住 所	高石市						丁 目	番				号			
	フリガナ							生 年 月 日				年 齢		男 女		
	氏 名							平成 令和 年 月 日				歳				
対象者加入医療保険	被保険者氏名								被保険者との続柄							
	保険者名称								保険者番号							
	保険種別		国保・協会・組合・共済・国保組合・その他													
振込先 銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協								預金	口座番号							
								普通	口座名義人(カタカナで記入)							
								当座								
受給者番号									診療年月日		年 月 診療分					

※以下の項目は、記入していただくなくても結構です。

医療費総額	医療機関へ支払った額	高額療養費	家族療養付加給付金	一部負担金	助成額(支給額)

区 分	入院	・	外来
-----	----	---	----

親・子別	ひとり親	・	こども
------	------	---	-----