様式第8号（第7条関係）

令和　　年　　月　　日

（電話番号　　　－　　　－　　　　）

鹿児島県中種子町長　殿

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | （受給資格者を記入ください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | （患者氏名と同一）対　　象　　者 |
| 申請者住所 |  | 氏　名 |  |
| 受給資格者番号 |  | 続　柄 |  |
| 加　入保　険 | 保険者名 |  |
| 記号・番号 |  | 生年月日 | 昭･平･令　　年　　月　　日生 |
| 被保険者氏名 |  |

（ここまでは申請者本人が記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等記載欄 | 診療（調剤）報酬証明 |
| 診療月 | 　令和　　　　年　　　　月分 | 患者氏名 |  |  |
| 区　分 |  |  |  |  |
| 入　院 | 点 |  |  |  |
| 外　来 | 点 |  |  |  |
| うち他法制度負担分 | 点 |  |  |  |
| 保険の種類 | 国保　・　政管　・　組合　・　共済　・　船員 |
| 上記のとおり一部負担金を受領しました。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日医療機関等　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 区　分 | 一部負担金A | 高額療養費B | 付加給付C |  | 支給額決定額（A-B-C） |
| 入　院 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 外　来 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

◎振込指定金融機関の名称等は、振込先変更のとき記入して下さい。

　振込指定金融機関の名称及び本支店名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店）

　口座種類　普通口座　　番号（　　　　　　　　　　　　　　）口座名義人（　　　　　　　　　　　　　　　　）

注意　１　助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して１年以内に行って下さい。

　　　２　申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関へのお願い

　　○この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。

　　○一部負担受領額欄は、差額ベッド代や食費等保険診療対象外の受領額は除いてください。