

ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 年 月 日

内灘町長

申請者 住所 内灘町

氏名

下記のとおり助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

申請額 (A-B)	一部負担金 等の額計A	控除額の内訳			給付 決定額	備考
		附加給付額	条例負担	計 B		
円	円	円	円	円	円	

資受 格者給	登録番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号	
対象者	氏名			保険者名	
	生年月日	H ・ S 年 月 日			

- ① 全部支給
- ② 一部支給
- ③ 全部停止