

第6号様式(第7条関係)

唐津市ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

唐津市長様

住所 唐津市

申請者

氏名

印

唐津市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第7条の規定により申請します。また、この申請に当たり、助成対象となる医療費に係る保険給付、医療給付及び付加給付に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供をすることを同意します。

受 診 者	フリガナ 氏名		加入 医療 保険	被保険者 氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		保険証 記号・番号	
	生年月日	年 月 日生		保険名	

医療機関等記入欄

受診者氏名		診療月	年 月分
1入院	2通院	3歯科	4調剤
診療実日数		日	
保険診療総点数	他法公費負担点数	保険診療一部負担額	訪問看護利用料
点	点	円	(日間) 円
上記の金額を受領しました。			
年 月 日			
医療機関等所在地 住所			氏名
			印

市記入欄

市記入欄			受付	年 月 日
保険診療総額	保険者 給付割合	保険診療 一部負担額	訪問看護 利用料	計
円	割	円	円	① 円
控 除 額	附加給付額	円	備考	
	高額療養費	円		
	自己負担(500円)	有・無		
	計	② 円		
支給決定額		①-②	円	

保険診療分の医療費を医療機関ごとに一月分まとめて診療月の翌月から一年以内に申請してください。保険診療以外の医療費や申請期間を過ぎたものについては申請できません。尚、診療明細の記載された領収書の原本を申請書に添付することをご注意ください。医療機関の証明無しでも申請できますが、一度受けつけた領収書はお返しすることができませんのでご注意ください。