ひとり親家庭等医療費助成申請書																		
> - \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \									年	Ξ	月	日						
唐淮	市長	様													·		,	ŕ
住所																		
	申請者																	
	- 中間名 																	
													. 1 <u>.</u> .	Z Z-				
	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に同意します。																		
	フル	ガナ																
受	フリガナ 氏名								加		被保険者氏名							
	八石								入后	-								
診	住所		□申請者と同じ						医療		記号番号							
	14//1								保	-	на у ш у							
者	生年月日		年				月	日生	17/	į	保険名							
	4 1 /	<u> </u>			'		,				PINDS							
医療機関等記入欄																		
<u> </u>																		
受診者氏名									診		療	月						月分
1	入院	2 ì	通院	3	歯和	斗	4	調剤	診	療	実 日	数						日
保	険	診	療	他	法	公	費	保	険		診	療	訪		問		看	護
総		点	数	負	担担	点	数			負	担	額	利		11-1	用	· H	料
////	•	////	3/		1	111/	<i>3</i> ^	'	, el H	_	1777	ПА	40					71
			点				点				д			(日	間)	
			1117				1117					1 1						円
1	. ≑ ∃ o /	〜 佐西 ナ. Ai	sil o 1	+- >	1, 7.	:T 00	11 +	<u> </u>					1					
Т	市口の人会	金額を領			221	止归	しょ	9 0										
年 月 日																		
医療機関等所在地(住) 所																		
										1	代表者	名						▣
市記入欄 受付											年	月	日					
保険診療総額 保険診療 訪問看護治付割合 利用料																		
和判前口即以外的																		

		受付		年	月	日					
保険	診療総額		険 者 † 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	付加給付額	į		円		ſī	莆		考		
	高額療養費	2		円							
	自己負担(円)	有	・無							
	計		2	円							
支	給 決 定	額	1)-2	円							