第７号様式(第７条関係)

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

申請者

氏名

唐津市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第8条第3項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。

受診者	フリガナ 氏名		加入医療保険	被保険者氏名	
	住所	□申請者と同じ		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	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

上記の金額を領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関等所在地　住　　所

代表者名　　㊞

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			備考
	付加給付額	円	
	高額療養費	円	
	自己負担(　円)	有・無	
	計	②　円	
支給決定額		①－② 円	