

ひとり親家庭等医療費助成申請書

平成 年 月 日

徳島市長 殿

(申請者)	住所	
	氏名	⑩
	(電話	— —

ひとり親家庭等医療費助成金として、つぎのとおり申請します。
 なお、この申請に係る助成対象者及び同一保険加入者の療養費給付状況、診療内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について徳島市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に対し、回答を求めることに同意します。

ひとり親家庭等医療費助成額		一金	円也
受診区分		医〔入外〕・歯〔入外〕・薬・訪・施・コルセット等	
受診年月		平成 年 月分	
受診者	受給者番号	加入保険	被保険者名
	氏名		保険証記号番号
	生年月日		昭和 平成 年 月 日

上記請求によるひとり親家庭等医療費助成金について、下記口座に振込を依頼します。

振替先口座		預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行	支店	普通 当座		

助成額算定欄

本人支払額	—	一部自己負担金	—	附加給付額 円	=	助成額
円		円		療養費支給額 円		円

平成 年 月 日
 資金前渡職員 殿

(申請者) ⑩


注1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。
 2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。

ひとり親家庭等医療費助成申請書

平成 年 月 日

徳島市長 殿

保護者の住所、氏名を記入し、押印(シャチハタ以外)してください。

(申請者)	住所	徳島市幸町2丁目5番地
	氏名	徳島 はなこ 
	(電話)	090 - XXXX - XXXX

ひとり親家庭等医療費助成金として、つぎのとおり申請します。
 なお、この申請に係る助成対象者及び同一保険加入者の療養費給付状況、診療内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について徳島市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に対し、回答を求めることに同意します。

病院を受診された方の氏名、生年月日、ひとり親家庭等医療費受給者証に記載の受給者番号を記入してください。

受診		受給者番号	9101111	加入	被保険者名	
受診		氏名	徳島 太郎	加入	保険証記号番号	
受診		生年月日	昭和 平成 18年10月11日	加入	保険者名	
受診		受診	年 月	平成 年 月分		
		一金		円也		
		医	[入] [外]	・	歯	[入] [外]
				・	薬	
				・	訪	
				・	施	
				・	コルセット等	

上記請求によるひとり親家庭等医療費助成金について、下記口座に振込を依頼します。

振替先口座		預金種別	口座番号							フリガナ 口座名義人		
トクシ	銀行	徳島 支店	普通	当座	1	2	3	4	5	6	7	トクシマ ハナコ

助成額算定欄

本人支払額
円

保護者の口座情報を記入してください。
 (お子様の口座には振り込みできません。)

助成額
円

平成 年 月 日
 資金前渡職員 殿

(申請者)



注1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。
 注2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。