

様式第3号(第6条関係)

ひとり親家庭医療費助成金請求書

受給者 証番号	
------------	--

請求額 金 円也

ただし、 年 月分

ひとり親家庭医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり請求します

年 月 日

(宛先) 東温市長

請求者 住 所
氏 名 ⑩
電 話() —

医療保険による診療報酬請求額証明書

管掌別	国 政 船 日 共 組
-----	-------------

- 1 患者氏名
2 診療月 年 月分 入院・外来(日)
3 診療費

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数 (種別：)	

一部負担額	
薬剤負担額	

上記のとおり相違ありません

年 月 日

所在地
保険医療機関等 名称
開設者氏名 ⑩

振込指定 銀行 支店
金融機関 信金 支所
農協

種別	口座番号	フリガナ
普通 当座		口座 名義人

助成金決定額

本人負担額 ()	—	附加給付額 ()	=	決定金額 ()
--------------	---	--------------	---	-------------

年 月 日 取扱者 ⑩