

第6号様式（第15条関係）

ひとり親家庭等医療費等助成申請書				年 月 日	
富里市長		様			
		住所			
		申請者	氏名	⑩	
次のとおり医療費等の助成を申請します。					
氏名			申請者との続柄		
住所			生年月日	年 月 日	
加入医療保険	名称			記号番号	
	本人・家族の別		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
保険医療機関・保険薬局証明欄					
診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤） ※該当するものに○印を付けてください。					
診療・調剤月	年 月分		公費負担額	有（ 円）・無	
保険総点数	入院	点	外来	点	
通院延日数		日	入院時食事療養費の標準負担額	円 ( 円× 日)	
入院延日数		日			
証明手数料			円	外来薬剤一部負担額	
円			円	円	
保険医療機関又は保険薬局の名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。  (取扱者印 )				
市町村窓口記入欄					
自己負担額A		付加給付額等B	一部負担額C	証明手数料D	助成交付額E A - (B + C) + D
円	計	有	円	円	円
円		無	円	円	円
円			円	円	円
確認者印					

(裏)

～医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、この申請書に1か月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。ただし、発行した領収書により証明欄の内容を確認できる場合は、証明を要しません。

～受診される方へ～

**【申請までの順序】**

- 1 この申請書は、各月において初めて医療を受けるときに、保険証と一緒に医療機関の窓口で提示してください。
- 2 医療を受けたときは、医療機関の窓口で請求された医療にかかった額を支払ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関に提示し、前月1か月分の医療にかかった額の証明を受けてください（証明手数料を徴収される場合があります。）。ただし、医療機関の発行した領収書により証明欄の内容を記入できる場合は、証明を要しません。
- 4 この申請書を富里市健康福祉部子育て支援課に提出してください。

**【お願い】**

- 1 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、速やかにその旨を富里市健康福祉部子育て支援課に届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなったとき（他市町村への転出を含む。）は、速やかに富里市健康福祉部子育て支援課に届け出てください。
- 3 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。