

野田市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和元年 5月 1日

(宛先)野田市長

住所 野田市鶴奉7-1

申請者

氏名 野田 花子

次のとおり助成金の支給を申請します。

氏名	野田 花子	申請者との続柄	本人・子	
住所	同上	生年月日	S55年 3月 5日	
加入医療保険	名称	国保	記号番号	野田 1234567
	本人・家族の別	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	家族	

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療(調剤)報酬明細書(入院・通院・調剤) 該当に○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	調剤 点
入院延日数	日	入院時食事療養費 及び入院時生活療 養費の標準負担額	円 ()円×()日
一部負担金の額	円	証明手数料	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。 年 月 日		

病院・医院・クリニック・大附・耳・歯・眼・皮・薬・接
(処方元:)

窓口記入欄

自己負担額 A		付加給付の額等 B		標準負担額等 C		手数料相当額 D	助成金の額 E A - (B + C) + D
医	計	有		入院	計		
円		無		円			
食等				円			
円				円			
薬				円			
円	円		円	円	円	円	円

確認者印

--