

野田市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

住 所
申請者
氏 名

次のとおり助成金の支給を申請します。

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×()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		

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 食等 薬	計	有 無	円	入院 通院 調剤	計	円	円
円 円 円	円			円 円 円	円		

確認者印

--