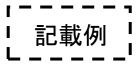
- 〔注〕1. 申請書は、医療機関(入院・外来・調剤別)、診療月、受診者ごとに作成してください。
 - 2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。(社会福祉課または各出張所窓口)
 - 3.健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。(社会福祉課)
 - 4. 保険診療以外の医療については申請できません。
 - 5. 一部負担金を負担した日(領収日)から1年を過ぎると請求できません。



様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書(請求書)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

小城市長 様

> 小城市 **三日月町長神田2312番地2** 申請者 住 所

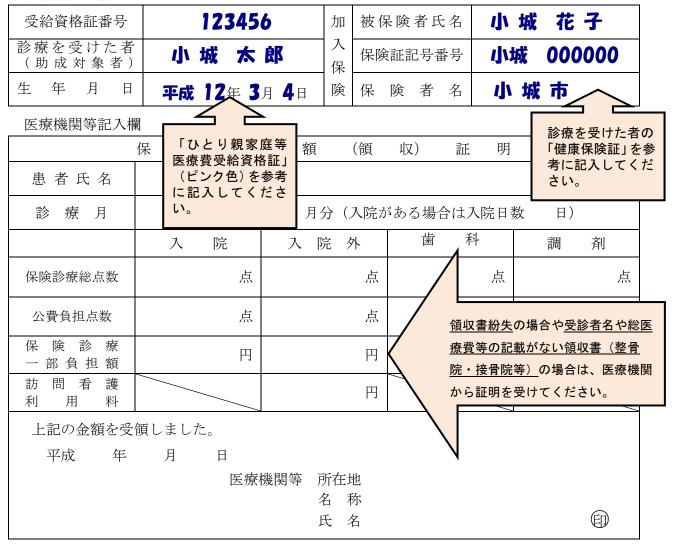
氏 名 (受給者)

小 城 花 子

<u>0952 - 37 - 6107</u> 雷 話

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

申請者記入欄



小城市記入欄

/ 小戏 印 記 / 个懶					
	給	付	決	定	額
	総医療費	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	一部負担金(A)
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護 利用料	円	円	円	円	定額負担金(B) 円
	計算①	計算②	入 力	チェック	給付額(A-B)
					円