

## 様式第5号（第3条関係）

赤字の部分をご記入いただき、下記の書類とあわせてご提出ください。

## ひとり親家庭医療費支給申請書（記載例）

受給資格者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年月日		
住所			電話番号	
医療保険の加入状況	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名		被保険者、組合員又 は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員 又は世帯主の住所		保険者の名称・保険 者番号	
	加入医療保険 の記号番号		保険者の所在地	
保険診療総点数	点			対象者氏名 受給資格者またはお子さまの氏名 生年月日 年月日 担当者記入欄
入院・外来の別	入院・外来			
歯科・調剤	歯科・調剤			
食事療養費				
精神医療（通院）				
その他の 支給額	円			
医療機関名				
所在地				
上記のとおり申請します。 年月日 日高川町長 様 住所 申請者 氏名 受給資格者様の氏名				
振込金融機関	口座番号		口座名義人	
銀行 信用金庫 農協	支店 支所	普通・その他		

## ※申請書に添付する書類※

- 支給の対象となる方の加入医療保険資格が分かる書類（マイナ保険証等）
- ひとり親家庭医療費受給者証
- 領収書の原本
- 受給資格者様名義の通帳