

様式第5号（第3条関係）

ひとり親家庭医療費支給申請書

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  生年月日 年月日
入院・外来の別	入院・外来		
歯科・調剤	歯科・調剤		
食事療養費			担当者記入欄
精神医療(通院)			
その他	補装具・柔整・(鍼・灸)		
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			
振込金融機関 口座番号 口座名義人			
銀行		普通・その他	
信用金庫	支店		
農協	支所		