

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				
精神医療（通院）			担当者記入欄	
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 信用金庫 農協	支店 支所	普通・その他		