富士市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

富士市長

住　所

申請者　氏　名

電　話

富士市ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="5">保険種別</td><td rowspan="5">1　国民健保
2　協会健保
3　組合健保
4　共済組合健保
5　船員保険</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>母子家庭等医療費受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>こども医療費受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="15">療養の内容等</td><td colspan="2">傷病名</td><td colspan="2"></td><td>診療実日数</td><td>日間</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療の区分</td><td colspan="4">入院　・　入院外　・　歯科　・　薬剤　・　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療報酬請求点数</td><td colspan="2">点</td><td colspan="2" rowspan="4">診療を受けた医療機関名</td></tr>
<tr><td rowspan="3">他法</td><td>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による公費負担</td><td colspan="2">点</td></tr>
<tr><td>結核予防法による公費負担</td><td colspan="2">点</td></tr>
<tr><td>その他の法律による負担</td><td colspan="2">点</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人支払額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">一部負担の割合　　割</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険者負担額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2" rowspan="4">助成金支給額

円</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費・他法負担額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">付加給付額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>