

第4号様式（第12条関係）

鎌ヶ谷市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 清水 聖士 様

申請者 住 所 鎌ヶ谷市  
氏 名  
TEL

下記のとおり医療費等の給付を申請します。

受診者			生年月日		
住 所				申請者との続柄	
加入医療	名称		記号・番号		
保 険	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 家族	

市審査欄

診療・調剤報酬 (入院 ・ 通院 ・ 調剤)					
診療・調剤月	年	月分	公費負担	有 ( 円) ・ 無	
保険総点数	入院	点	入院延日数	日	
通院	点	調剤	点	証明手数料	円

自己負担額 A	付加給付額 高額医療費 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成交付額E $A - (B + C) + D$
円	円	円	円	円

確認者印

\*該当に○印をつけてください。

- ・ 児童扶養手当 証書番号 号
- ・ 遺児手当
- ・ ひとり親家庭