第４号様式（第１０条関係）

鎌ケ谷市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　　　　　　　　様

住　　所　鎌ケ谷市

氏　　名

電話番号

　ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、鎌ケ谷市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第１０条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | ( 　 年　 　月 　日生) | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 名称 |  |
| 加入医療保険 | 記号・番号 |  |
|  | 付加給付 | 有・無 |

※保険証及びひとり親家庭等医療費等助成受給券のコピーを添付

* 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己負担額Ａ | 付加給付額高額医療費Ｂ | 一部負担額Ｃ | 助成交付額ＤＡ－（Ｂ＋Ｃ） |
| 円 | 円 | 円 | 円 |