

㊦ 心身障害等 医療費助成申請書  
ひとり親家庭等

下記の一部負担額を支払いましたので一部負担額に係る医療費を助成されたく申請します。

(受給者記入欄)

受給者	受給資格者証番号			
	住所	多度津町(大字)		
	氏名			
	電話			
	生年月日	(M・T・S・H)	年	月
被保険者	氏名		市町村民税課税の有無	有 無

多度津町長 殿

平成 年 月 日  
申請者氏名

㊦

(医療機関等記入欄)

医療報酬による一部負担額

(平成 年 月分) 保険の種類 日. 政. 組. 船. 共. 国(一般・退職)・後期

区 分		入 院				入 院 外			
診療報酬点数					点				点
区	他法負担額				点				点
	保険者負担点数(高額医療分を除く)				点				点
	一部負担額(本人負担額)① (注1)	円				円			
分	入院時食事療養費に係る標準負担額 ②	食事日数	日	円					
	入院開始年月日 (注2)	平成	年	月					日
	本月の入院継続日数					日			

証明年月日 平成 年 月 日

医療機関コード					

医療機関等の所在地、名称及び開設者氏名

注 1 医療に係る一部負担金を①欄に記入してください。  
2 入院開始年月日欄には、入院開始月日については入院年月日を記入してください。

㊦

本人負担額 A ①	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)

受付年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給年月日	年	月	日

決 裁					
-----	--	--	--	--	--