

記入例

ひとり親家庭等医療費給付申請書（償還払い）

令和2年 12月 3日

我孫子市長 あて

申請者 住所 我孫子市我孫子1858番地
 氏名 我孫子 うなみ 印
 電話 04-7185-1111

（記名押印に代えて署名することができます。）

ひとり親家庭等医療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	申請者との 続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子
受診者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ							生年月日	S45年4月6日
受診者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ								
申請理由	① 県外診療 2 受給券提示無し（受給券未着、持参忘れ等） 3 受給券の有効期間外での受診 4 補装具、治療用眼鏡の作成 5 その他（ ）								
確認事項	今回の申請で21,000円以上の領収書がある。（はい・ <input checked="" type="radio"/> いい）								
	※医療費の金額によって、健康保険組合発行の支給決定通知書の写しの提出を求める場合があります。								
	学校での負傷疾病である。（はい・ <input checked="" type="radio"/> いい）								
※学校管理下での負傷疾病の場合で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費は、助成対象外です。（学校等への申請が必要となります。）									
同意書									
私は、ひとり親家庭等医療費の助成額の算定に必要な限りにおいて、医療費の点数、高額療養費及び付加給付金の支給状況等を我孫子市が保険者及び医療機関に照会することを承諾します。									
受診者が加入している保険の被保険者 氏名 <u>我孫子 うなみ</u> 印									