

別記第6号様式（第9条関係）

（医・歯）

受付	年 月 日
伺	年 月 日
決定	年 月 日
支給	年 月 日

支給内容	保険診療 合計金額	控 除 額			交 付 決 定 額
	円	付加給付額	他方負担額	高額療養費等	
	円	円	円	円	円

再審		台帳		計算	
ひとり親家庭医療費助成申請・請求書					
					年 月 日
大豊町長 様					
申請者 住所					
(保護者)氏名					印
ひとり親家庭医療費の助成を受けたく申請し請求します。					

受取金融機関  
本店  
支店

請 求 額	円 年 月診療分(外・入)					
受給者証記号番号		加入 医療 保険	被 保 険 者 証 記 号 番 号			
受給者	氏 名		男 女	被 保 険 者 氏 名		
	生 年 月 日		年 月 日	保 険 種 別	国・国組・政・健組・船・共	

領 収 書		
領 収 金 額	円	本人又は家族氏名
		診療月 年 月分 ( 日から 日)

上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。		
年 月 日		
住 所		
医療機関等名		
医師等氏名 印		