

様式第6号(第17条関係)

⑧ ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話 ( ) 印

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号	加入 医療 保険	世帯主・被保険者組 合員・加入者の氏名	課税・非課税
	ふりがな 氏名		市町村民税の状況	
区分	入院	年 月 日から入院 日数 日	記号番号	名 称
	外来	年 月 日外来 日数 日		

注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

	入院	日	外来	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ \_\_\_\_\_

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)  
——入院時食事療養標準負担額は含まない——

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥ \_\_\_\_\_ (算定食数 食)ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日  
様

医療機関等所在地(住所)  
名 称  
氏 名 印

注) 1 上部領収書欄は医療機関で記入してください。

2 他法負担分点数は、公費負担金で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日		
	保険診療一部負 担	高額療養費	附加給付	条例第6条自 己負担金	
	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額				
	一 般	市町村民税非課税	非課税で入院91日目以降		
円× 食=	円× 食=	円× 食=		円	