

様式第16号(第18条関係)

一箇月ごとに ①医療機関別、②入院・入院外別、③総合病院の場合には診療科別に申請してください。 ☆領収書を添付する場合、のり付けをしないでください。	川越市ひとり親家庭等医療費支給申請書										
	(提出先) 川越市長					年 月 日					
	申請者					住所 川越市 氏名 電話番号					
	次の領収書に記載の額について、川越市ひとり親家庭等医療費支給条例第8条第1項の規定により、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。										
	対象となる受給者	受給者番号									
		フリガナ									
		氏名									
		生年月日	年	月	日	加入医療保険	加入保険番号				
			世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			名称	健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部				
			市町村民税の状況			課税・非課税					
										※ 1 証明 2 領収証明書 3 養育医療費 4 自立支援医療 5 他法負担 6 療育医療 7 その他	
支給申請額に関する他の助成の有無(各項目について有無のいずれかに○を付けてください。)		各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付 有 ・ 無					交通事故等の第三者行為による給付 有 ・ 無				
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有 ・ 無					他の医療助成制度による給付 有 ・ 無				

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関 領収書 添付	領 収 書										
	保険診療一部負担金 ¥ _____ (食事療養標準負担額及び生活療養負担額を除く。)										
	診療年月 年 月		医療機関コード				入院 1	入院外 2	診療実日数 日		
	保険診療 総点数		_____ 点				他法分点数 _____ 点				
	_____ 年 月 日										
	_____ 様										
	保険医療機関 所在地										
	名 称										
	_____ 印										
	注 1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。 2 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。 3 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。) 4 総合病院の場合は、診療科ごとに記入してください。(右上の診療科の欄に診療科名を記入してください。)										

保険診療一部負担金 _____ 円	高額療養費 _____ 円	附加給付 _____ 円	一部負担金 _____ 円	支給額計 _____ 円
入院時食事療養標準負担額等 _____ 円 × _____ = _____ 円		市町村民税非課税 _____ 円 × _____ 日 = _____ 円		(入院4箇月以降) _____ 円

※ 欄は、記入しないでください。(川越市子ども未来部 子ども政策課)