受付印

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。

申請者記入欄

川越市ひとり親家庭等医療費支給申請書

年　月　日

（提出先）
川越市長

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			加入医療保険			※医療費区分
受給者番号			保険者番号			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 7 療育医療 8 その他
フリガナ			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		
氏名						
生年月日	年　月　日		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			
			市町村民税の状況	課税・非課税		

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	交通事故等の第三者行為による給付
	有　・　無	有　・　無
	日本スポーツ振興センターの災害共済給付	他の医療助成制度による給付
	有　・　無	有　・　無

（注）上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関記入欄

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	入院外	診療実日数
				1	2	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。）

※受付職員記入欄 医療費が21,000円以上の場合、いずれかに☑
☐ 支給決定通知書
☐ 不支給決定通知書
☐ 同意書
☐ その他（　　）
☐ 川越市国民健康保険加入者

※こども政策課記入欄	確認者①		確認者②	
保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金等	支給額	
備考	食事代　円×　＝		NO.	