

様式第16号(第18条関係)

記入例

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					申請者					令和〇年〇月〇日 元町1-3-1									
	住所 川越市					氏名 川越 海子					電話番号 049 - 224 - 8811									
	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	2	3	4	5	6	7	8	加入医療保険	保険者番号	9	8	7	6	5	4	3	1	※
		フリガナ	カワゴエ ナツコ								名称	小江戸川越 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								1 証明
		氏名	川越 夏子																	2 領収証明書
		生年月日	令和〇年 □ 月 △ 日								世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	川越 海子								3 養育医療費
											市町村民税の状況	課税 非課税								4 自立支援医療
																				5 他法負担
	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								7 療育医療		
		有・無								有・無								8 その他		
		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 円 (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		医療機関コード					入院	入院外	診療実日数					
	年	月						1	2	日					
	保険診療 総点数					他法分点数					点				
	年 月 日														
	様 保険医療機関 所在地														
	名 称														
	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○
<input type="checkbox"/> 支給決定通知書
<input type="checkbox"/> 不支給決定通知書
<input type="checkbox"/> 同意書
<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 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
備考	NO.	
食事代 円 × =		