

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

由布市長 様

申請者 住 所  
氏 名

次のとおり、ひとり親家庭等医療費助成金を申請（請求）します。

申請者記載欄	受給資格者 番 号		加入医療保険	
	受診者 氏 名		被保険者氏名	
	生年月日		保 險 証 記 号 番 号	
			保険者の名称	

医療 機 関 等 記 載 欄	診療(調剤)報酬証明			
	診療月	年 月分	患者氏名	
	区 分	診療報酬総額	診療報酬一部負担金受領額	
	外 来	点又は円	円	
	歯 科	点又は円	円	
	入 院	点又は円	円	
	入院日数	日	一部自己負担額	円
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 氏 名 印			
	調 剤 報 酬 総 額		調剤報酬一部負担金受領額	
	円		円	
上記のとおり一部負担金を受領しました。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名 印				

市 記 載 欄	給 付 決 定 額		
	一 部 負 担 額	付 加 給 付 額	給 付 額
	円	円	円