様式第5号（第5条,第9条関係）

ひとり親家庭医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

有田川町長　様

申請者
住　所　有田川町大字
氏　名
電　話

振込先

銀行 農協	支店	普通 総合	預金
口座番号			
口座名義人 （※受給資格者）	フリガナ 氏名		

※口座の登録がすでにある場合はそちらへの振込になります

申請額　金　　円

受給資格者	受給資格証番号		*個人番号* 番号がわかる方は記入願います。		
	氏　　名		生年月日	年　月　日	
加入保険	世帯主（組合員）氏名		受給者との続柄		
	記号番号				
	保険者				
	附加給付	有　・　無			

職員確認欄	本人確認	免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他（　　）

支給内訳	保険診療の合計金額	控除額の内訳				支給決定額
		法定負担額	他法負担額	附加給付額	控除額計	
	円	社保　円 国保　円	円	円	円	円

医科						歯科			調剤			その他			合計			支払先マスター番号
入院			入院外															
件	日	金額	件	日	金額	件	日	金額	件	日	金額	件	日	金額	件	日	金額	