

ひとり親家庭医療費助成金請求書

請求額 金 円

ただし、令和 年 月分ひとり親家庭医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

令和 年 月 日

富士川町長 様

患者氏名

請求者住所

請求者氏名 印

受給者証記号番号	
----------	--

医療保険各法による診療報酬請求額証明書

種別	国保・健保・船員・共済・組合
----	----------------

診療費 令和 年 月分

入院・入院外・薬剤・その他()

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数（種別 ）	点
外来の際の薬剤に係る一部負担額	円

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所在地 名称 氏名 印
保険医療機関

振 込 先 金 融 機 関									
銀行・農協 信金・信組	支店	普通 当座	口座 番号					口座 名義	申請者本人

※ 助 成 金 決 定 欄				
本人負担額 ()	－	附加給付等の額 ()	=	決定金額 ()

(注) ※欄は記入しないこと。