

ひとり親家庭等医療費給付申請書 (請求書)

令和 年 月 日

志賀町長 様

申請者
住所 志賀町

氏名 ㊟

下記のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

申請額 (A - B)	一部負担金 等の額計 A	控除額の内訳			給付額 決定額	備考
		附加給付額	条例負担	計 B		
円	円	円	円 1,000	円	円	
H / R ・ 月分						
受給資格者	登録番号		加入 保険	被保険者名 氏名		
	氏名			保険証 記号番号		
対象者	氏名			保険者名		
	生年月日					

注意事項

- ・ 条例負担額は1人月額 1,000円（乳幼児・児童医療費助成に関する条例の乳幼児・児童については、0円となります）。
- ・ 給付額については、通帳の記載をもって振込通知に代えさせていただきます。
- ・ 高額療養費に該当する場合は、加入保険者に問い合わせる前に申請を済ませて下さい。