

☆ひとり親家庭医療費 助成申請書の書き方☆

下記の【記入例】を参考に必要事項（赤字の項目）を記入し、提出してください。

字は楷書で、ボールペンではっきり書いてください。（消せるボールペン鉛筆等は不可）

【記入例】

様式第1号（第9条、第10条関係）ひとり親家庭医療費 助成申請書

貝塚市長 様		令和 4年10月 1日	
申請者 住所 大阪府貝塚市皇中1丁目17番1号		氏名 貝塚 太郎 （電話〇〇〇-△△△△-□□□□）	
対象者の医療証を確認の上、記入をお願いします。			
このとおり医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なとき医療保険欄は保険証のコピーを合わせて提出して頂くことで記入不用です。			
受給者		医療保険	
公費負担者番号 8 2 2 7 0 0 9 1		保険	
受給者番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		所在地	
氏名 貝塚 つげお		所在地	
生年月日 令和4年1月1日		保険者番号	
申請内容		振込	
1. 府外診療 2. 補装具装着 3. 一部負担金償還金 4. 医療証発行前受診（資格開始 年 月 日） 5. 医療証提示忘れ 6. その他（ ）		〇 〇 〇 銀行・信用金庫 銀行番号 農協・信用組合 1 2 3 4	
診療内容		支店番号 △△△△支店 1 2 3	
1. 医科（入院） 6. 補装具（外来） 2. 医科（外来） 7. 柔整 3. 歯科 8. 鍼灸マッサージ 4. 調剤 9. 看護・移送 5. 補装具（入院） 10. その他（ ）		口座 種別 普通 ・当座・その他 口座番号 1 2 3 4 5 6 フリガナ カイツカ タロウ 口座名義 貝塚 太郎	

（医療機関記入欄）

領 収 明 細 書

領収金額 円
 対象者 にかか

この欄は、記入不用です。

診療科名	科（入院/入院外）	公費負担	日（ ）日間	助成	負担金	備考
診療日	保険診療点数	（結）	円	円		
	点	点	円	円		
	点	点	円	円		
4日目を以降計	点	点	円	円		

年 月 日 医療機関等 所在地 名称

※ここから下は、記入しないでください。

医療費総額 （保険適用分）	保険一部負担金 （A×負担割合）	高額療養費	家族療養附加金	公費負担医療 助成金（80を除く）	福祉医療 一部負担金	支給決定額 B-C-D-E-F
A	B	C	D	E	F	

当てはまる項目に○をお願いします。

申請者（保護者）名義に限ります。