

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書					
年 月 日					
受給者記入欄	伊豆の国市長		あて		
			住 所		
			申請者 氏 名		
			個人番号 電話番号 ( )		
受給者番号		加入医療機関	記号	国保・社保	
			番号		
受診者名	氏名		保険者名		
	個人番号				
	生年月日 年 月 日生		附加給付制度	有・無	
保 険 診 療 等 領 収 証 明					
医療機関等記入欄	保険診療による自己負担額		※	円	
	うち薬剤費負担額		※	円	
	入院時食事標準負担額		※	日 × 円 = 円	
	計		※	円	
	※ 診療期間	年 月 日 から 月 日 まで 入院 無・有 ( 月 日 から 月 日 まで)			
	※	年 月 日 所在地 医療機関等 名称 代表者名			
市町村記入欄	自己負担額	控除・附加給付額	支給額	備考	
	円	円	円	病名	
	附加給付額の算定				
	市町村民税の状況		課税・非課税		

(注) 医療機関等は※印のみ記入してください。