

様式第4号(第3条関係)

※ 決 裁	課長	課長補佐	係長	主務	保険区分	1 社・被 保 険 者	2 社・被 保 険 者	3 国・一 保 険 者	4 国・保 被 保 険 者	5 国・保 被 保 険 者	6 国 保 組 合	9 後 期 高 齢 者		
						受 付		年		月		日		
						伺		年		月		日		
						決 定		年		月		日		
					支 給		年		月		日			
※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額		控 除 額		社会保険等負担分		公費負担その他の分		計		交 付 決 定 額			
	円		円		円		円		円		円			
ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請書														
年 月 日														
富山県中新川郡立山町長 様														
申 請 者 住 所 立山町前沢2440番地														
(母又は父、養育者) 氏 名 立山 ハナコ (印)														
(連絡先TEL 123 — 4567 — 8910)														
下記のとおりひとり親家庭等医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。														
受給資格証 記号番号					加 入 保 険	被 保 険 者 証 記号番号		999999999						
受給者 氏 名		立山 ハナコ		男		保 険 種 別		国 保 ・ 健 保 ・ 共 済 組 合 ・ そ の 他						
受給者 生年月日		平成1年2月3日		女		保 険 者 番 号		160143						
年 月 分 保険診療領収書(入院・通院)														
受給者名					病 名									
保険診療合計点数		点		公費負担額		円		社会保険等負担点数		点				
一部負担金額収額		円		左記金額には保険診療以外は含まれていません。										
上記のとおり領収しました。														
年 月 日														
医療機関等の所在地名称														
開 設 者 氏 名 (印)														
振 込 先	口座振替 指定金融機関		〇〇 銀行			立山			支店					
			金庫						出張所					
			農協											
指定口座		① 普通 2 当座		口座番号(右づめで記入)		9	9	9	9	9	9	9	9	9
フリガナ		タテヤマ ハナコ												
口座名義(申請者のもの)		立山 ハナコ												
注 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で立山町長から助成を受ける場合に使用します。(県外の病院等の場合)														
2 申請は診療月ごと、入院通院の別ごとに行ってください。														
3 太枠の欄は病院等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもたらした場合、これにかえることができます。														
4 ※欄は、立山町で記入します。														