

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 保 被 保 険 者	2 社 保 被 扶 養 者	3 国 保 一 般 被 保 険 者	4 国 保 ・ 退 職 被 保 険 者	5 国 保 ・ 退 職 被 扶 養 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 (母又は父、養育者) 氏 名 (印)															
(連絡先TEL —)															
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									
受給者 氏 名		男				保 険 種 別		国 保 ・ 健 保 ・ 共 済 組 合 ・ そ の 他							
生年月日		年 月 日				女		保 険 者 番 号							
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		銀行			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)										
フリガナ															
口座名義(申請者のもの)															
<p>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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4 ※欄は、立山町で記入します。</p>															