

		母子・父子家庭等医療費助成金支給申請書											
		鹿児島市長 殿					令和 年 月 日						
助成対象者	フリガナ											受給者番号	枝番号
	氏名												
	生年月日	昭和 平成	令和	年	月	日	連絡先						
受給者	フリガナ												
	氏名												
	住所	鹿児島市 丁目 番 号 町 番地										連絡先の電話番号	
												- -	
加入医療保険	保険者番号											被保険者(世帯主, 組合員)氏名	
	保険者名												

注 保険者番号とは、加入医療保険を識別する番号です。保険証を見て、右づめで記入してください。（個人の記号番号ではありません。）

保険医療機関等の証明														
患者名 (助成対象者名)							生年月日	昭和 平成	令和	年	月	日		
(診療月) 平成 令和 年 月 分	保険診療 総点	入院					点	保険診療 に よ る 一 部 負 担 金	入院					円
		外来					点		外来					円
診療科目	医科・歯科・調剤・柔道整復・補装具等						証明手数料		円	公費負担その他		有		
医療機関コード														
※番号は右づめで記入してください。														
令和 年 月 日														
保険医療機関等の所在地														
名称														
開設者氏名														

## 処理欄

高額療養費	課税区分(上位・課税・非課税)	付加給付	円		助成区分	随時
	通算回数( 回)・世帯合算	円	不支給区分	保留・無効	特例処理	有

医療機関保管用						受給者保管用					
領収証控						領収証					
令和 年 月 日						令和 年 月 日					
母子家庭等医療費証明手数料 円を受領しました。						母子家庭等医療費証明手数料 円を受領しました。					
患者氏名						患者氏名					
診療月 令和 年 月						診療月 令和 年 月					
医療機関名						医療機関名					