

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

筑前町長 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

ひとり親家庭等医療証の受給者番号	被保険者証等の記号・番号	
申請対象者名 (児)氏名		世帯主、被保険者等氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地 名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 ()		

(決裁欄)