第５号様式（第１０条関係）

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年　　月　　日

（宛先）　江別市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

電話番号

　　江別市ひとり親家庭等医療費助成条例第７条第２項の規定による医療費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　給　　者 | 受給者証  番　　号 | |  | | 医療保険  記号・番号 | |  |
| 住　　所 | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 個人番号 | |  | |
| 口座振込先 | | 金融機関名 | 銀行　信金  信組　農協 | | | 店 | |
| 口座種類 | 普通　当座 | 口座番号 | |  | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 医療機関名 | 診療科 | 区分 | 年齢 | 課・初 | 枚数 | 受給者支払額 | 初診 | 一部負担金 | 支給決定額 |
|  |  |  |  |  |  |  | 枚 | 円 |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | | | | | | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （備考） | （受付印） | （検　印） |