

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) |
|------|-------|------|