



小国町ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

小国町長 様

申請者 住所 小国町大字  
(保護者)

氏名

Tel ( )-( )-( )

下記のとおり医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

【 年 月分 】 ※申請期間は診療月の翌月から1年以内（例：4月診療分は翌年の4月末まで申請可）

病院にかかった方	ひとり親家庭受給者番号		加入保険証	国保・全国健康保険協会	
	子ども医療受給者番号			他( )	
	氏名		保険証	記号	番号
	生年月日	年 月 日			
子どもの場合、学校内でのケガ（登下校、部活含む）が含まれていますか？					いいえ・はい
交通事故等、第三者による賠償の対象となっている医療費が含まれていますか？					いいえ・はい
高額療養費となる医療費が含まれていますか？ ※同月・同医療機関において保険診療内で21,000円以上支払った場合は事前に加入保険先にご確認ください。					いいえ・はい

※初回申請時と登録口座を変更される場合のみ、口座情報をご記入ください。

振込金融機関	銀行 農協	支店 支所	普通	口座名義(カタカナで記入)	
			当座	口座番号	

申請の際は、下記に保険医療機関等で証明をもらうか、領収書を添付し月ごとに提出ください。

医療機関	診療明細	診療年月	診療日数			診療総点数	一部負担金 (医療機関受領額)
		年 月	入院 日 点	入院外 日 点	日 点	点 点 点	
上記のとおり、(氏名) 保険診療にかかる一部負担金を領収しました。 年 月 日 保険医療機関 所在地 氏名 印							
調剤薬局	診療明細	診療年月	診療日数			診療総点数	一部負担金 (受領額)
		年 月	入院 日 点	入院外 日 点	日 点	点 点 点	
上記のとおり、(氏名) 保険診療にかかる一部負担金を領収しました。 年 月 日 保険医療機関 所在地 氏名 印							

【助成額】 ※担当者記入欄

	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付等 C	自己負担額 D=A-(B+C)	(ひ) 支給決定額 E=D×(2/3)
入院					
通院					
自己負担額 D		ひとり親家庭等医療費助成 支給決定額 E			子ども医療費支給額 F=D-E