

別記様式第 1 3 号（第 3 0 条関係）

深川市ひとり親家庭等医療費支給申請書					
年 月 日					
深川市長 様					
申請者 住 所					
氏 名					
電話番号					
下記により医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。					
☐ 領収書（原本）の返却を希望する					
診療を受けた者	受給者番号			課税区分	初 ・ 課
	氏 名			申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日			
医療保険の記号・番号			保 険 種 別	協会けんぽ・健保組合 国保・国組・共済・後期	
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店		
	口座番号	普通・当座・()	フリガナ		
			名義人		

※医療費支給決定伺（市記入欄）

医療機関等	別紙添付書類のとおり		診療期間	別紙添付書類のとおり	
内 訳	件数	総医療費	自己負担額	一部負担金 (一割・初診)	支給決定額
入 院					
外 来					
歯 科					
調 剤					
その他					
合 計					