

様式第4号 (第14条関係)

富山市ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請兼請求書

年 月 日

(宛先)富山市長

〒  
住 所

申請・請求者  
(父又は母、養育者) 氏 名

(連絡先TEL ー )

次のとおりひとり親家庭等医療費助成金の交付を申請します。  
また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

受給者	受給資格番号		加入 保険	記号・番号	
	氏 名			保険種別	国保・協会・組合・その他
	生年月日	年 月 日		保険者番号 及び名称	

年 月分 保 険 診 療 領 収 書 (入院・通院)

受給者氏名		診療日数	日間
保険診療合計点数 (食事療養費を除く。)	点	医療保険等負担点数 (食事療養費を除く。)	点
申請者からの領収額 (食事療養費を除く。)	円	他法による 公費負担額 円	
左記金額には、保険診療以外は含まれていません。			

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者氏名



※助成内訳	保険診療 合計金額	控 除 額				交付決定額
		保険等負担分	他法公費負担分	附加給付分	計	
	円	円	円	円	円	円

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀 行 支 店 金 庫 出 張 所 農 協			
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)	
	フリガナ	-----			
口座名義(申請者のもの)					