

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	被保険者証 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	
	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)						

- (注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。  
 2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の太枠欄を医療機関に記入してもらってください。  
 3 ※欄は、市で記入します。

地区センター