

受付番号NO. \_\_\_\_\_

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

# ひとり親家庭医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書)及び口座振替依頼書

令和 年 月 日

守口市長 殿

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

(保護者) 電話 ( \_\_\_\_\_ )

次のとおりひとり親家庭医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。  
 なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

受診者	フリガナ _____	生年月日			
	氏名 _____	年 月 日生			
助成申請額	_____ 円	預金種目	該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
			普通	当座	貯蓄
口座振替	守口市会計管理者 殿				
	振込先 _____	銀行・信用金庫・信用組合 _____			支店出張所 _____
	フリガナ _____	口座番号 _____		_____	
	口座名義人 _____				

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

## 守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

申請理由	1. 府外受診 2. 医療証未提示 3. 補装具 4. 2,500円超 5. その他				
医療の種類	1. 入院 2. 入院外 (医科・歯科・調剤) 3. 補装具 4. 他( )				
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日)				
医療費総額	給付割合	自己負担額	附加給付金	高額療養費	一部自己負担額
円	2・3割	円	円	円	円
備考 一部自己負担額 1日 円+2日 円= 1日 円			確認	入力	支給決定額
					円

記載例

受給者番号

△

△

△

△

△

△

△

ひとり親家庭医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書)及び口座振替依頼書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

守口市長 殿

消える  
ボールペンは  
使用しないで  
ください

住所 守口市京阪本通 2-5-5

申請者 氏名 守口 太郎

(保護者) 電話 ( 000-0000-0000 )

次のとおりひとり親家庭医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。

なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

受診者	フリガナ	モリグチ ハナコ		生年月日	
	氏名	守口 花子		平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	
助成申請額	1,800			預金種目	該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。
					<input checked="" type="checkbox"/> 普通
口座振替	守口市会計管理者 殿		助成申請額は、わからない場合、記入不要です。		
	振込先	000	<input type="checkbox"/> 銀行	信用金庫・信用組合	000 <input type="checkbox"/> 支店
	フリガナ	モリグチ タロウ		口座番号	00000000
口座名義人	守口 太郎				

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

守口市処理欄

以下、守口市で記入しますので、記入しないでください。

以下、記入不要です。

備考 一部自己負担額 1日	円+2日	円=	円	確認	入力	支給決定額
						円