

第5号様式(第10条関係)

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

東庄町長 様

年 月 日

申請者 住所
氏名 印
TEL

下記のとおり医療費等の助成を申請します。

氏名		申請者との続柄	
住所	東庄町	生年月日	年 月 日
加入医療保険	名称	記号番号	
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族

市町村窓口記入欄

自己負担額 A	付加給付額等B	一部負担額C	証明手数料D	助成交付額 E A - (B+C) + D
入薬 円 円 円	計 有・無 円	円	円	円

【注意】

- (1) 医療機関等が発行する医療費領収書を添付してください。
- (2) 住所、医療保険、銀行口座、世帯構成等の受給資格に変更があった場合は、受給資格変更届（第8号様式）を提出してください。

確認者印