別記様式第１０号（第１３条関係）

ひとり親家庭等　医療費支給申請書

＜受給者＞（医療機関で診療を受けた方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　 年　 　 月　 　 日　　 |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （建物名等） | 市処理欄 | 宛名番号 |
| 受給者番号 |

＜申請内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 | □協定外医療機関受診　□受給者証交付前受診　□受給者証を提示しなかったため　□負担区分変更のため□特定疾患医療一部負担金　□補装具購入一部負担金　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 月別 | 　　　　年　　　　　　月分　　　□入院　　□入院外　　□歯科　　□調剤　　□その他（　　　　　　 　　　　　　　） |

＜申請者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |
| --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　　 　年　 　月　 　日　　ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　 　　 年　 　 月　 　 日 |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　－ 　　 　　　　－ |
| 住所 | □　受給者と同じ　（記入不要）（建物名等） | 続柄 | 受給者から見て |

＜受取口座＞　（申請者の口座）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人 | カナ |  | ※やむをえず口座を利用できない場合 |
| 郵便局の通帳に振込 | 通帳の記号 | 通帳の番号 |
| １ |  |  |  | ０ | ― |  |  |  |  |  |  |  | １ | □　為替証書払い□　窓口払い |
| 　銀行口座に振込 | 口座番号 |
| 銀行・信金・労金　　　　　　　　本店信組・農協・漁協　　　　　　　　支店 | □ 普通□ 当座 |  |  |  |  |  |  |  | 市処理欄－ |

北見市使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 負担区分 | 親初 ・ 親課　（　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日まで　初 ・ 課　） |
| 区分 | 入外 | 医　療　機　関 | 診療年月 | 負担割合 | 診療報酬請求総点数 | 医　療　費 | 高額療養費（療養費等） | 一部負担金 | 市　助　成決　定　額 |
|  |  |  | ・ | ７・８９ |  |  |  | 初　課 |  |  |
|  |  |  | ・ | ７・８９ |  |  |  | 初　課 |  |  |
|  |  |  | ・ | ７・８９ |  |  |  | 初　課 |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  | 　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　人　確　認 | 添　付　書　類 | 下記の通り決定してよろしいか。 |
| ①番・免・パ・手帳他（　　　　　　　）②証・年金・児童・バス社員・学生他（　　　　　　　）代理権確認手段受給者証・保険証障害者手帳・委任状他（　　　　　　　　） | □領収書の写し　　□支給決定通知書□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 支給決定額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備　　考 |
| 高額　　有　・　無　（国保・社保）合算　　有　・　無　（合算対象　　　　） | 第　４　類 |
| 課長 | 係長 | 係 |