

様式第 3 号（第 5 条関係）

ひ と り 親 家 庭 医 療 費 助 成 申 請 書	
令和 年 月 日	
双 葉 町 長 様	
受給者番号 申請者住所 氏 名 印	
令和 年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。	
受 診 者 名	
生 年 月 日	
同一受診月分の申請の有無（注 2 参照）	無 ・ 有

医 療 機 関 記 入 欄	保険診療	入 院 点		薬 剤 負 担 金 領 収 金 額 ① 円		
	総 点 数	外 来 点		負担金領収額（①を除く）② 円		
	食 事 提供日数	日	入院時食事 療養費定額 負 担 日 額 円	円	入 院 時 食 事 療 養 費 定 額 負 担 月 額 ③ 円 (提供日数×日額)	
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）			円		
	上記 月分の一部負担金を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関 住 所 又は薬局 名 称 印					

一部負担額 (A) ①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養給付費 (C)	自 己 負 担 額 (A－B－C)
円	円	円	円

注 1 上記の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書（同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。）の提出を行ったことが有るか無いかいづれかに丸をつけてください。