

受給者記入欄	ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書			
	(あて先) 沼津市長		令和 年 月 日	
	住所 沼津市			
	受給者 氏名 _____ (電話) _____			
	受給者証番号			
	受診者氏名	受診者生年月日	年 月 日生	

\*口座・加入医療保険に変更がある場合は別途届け出ること。

医療機関等記入欄	保険診療等領収証明書 (¥を付けてください)									
	年	外来 入院 月 日 ~ 月 日	保険診療による 自己負担額のみ 〔 保険点数 〕 点	十万	万	千	百	十	壺	円
	月分	薬剤								
	[*証明は、診療月、診療科目、保険者、外来・入院別に記入してください] [*1度証明したものを、やむをえず再度証明する場合は、「再発行」と明示してください]									
	年 月 日									(印)
所在地		医療機関等 名称		代表者名						

市記 役入 所欄	自己負担額		控除額		支給額	
	高額療養費 回	付加 給付 算定	本人 ・ 家族	円控除。 算出額が ,		円未満の端数切捨て 円未満不支給。
申請書枚数		枚	合計金額		円	