

# ひとり親家庭等 医療費月額限度額 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		

＜合算の対象となる方＞ (受給者と同じ世帯にいる同制度受給者)

フリガナ		
氏名		
受給者番号		

＜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月額限度額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 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)		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	
郵便局の通帳に振込	通帳の記号	通帳の番号
	1 0 - 1	
銀行口座に振込	口座番号	
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

※やむをえず口座を利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

北見市使用欄

本人確認	年 月分	診療区分	入院・入院外・歯科・調剤・他( )		
①番・免・パ・手帳 他( ) ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他( )	診療区分・医療機関名		種別	一部負担金額	
			現物・償還		
			現物・償還		
代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他( )	合計 (A)		現物・償還		
添付書類	審査	月額限度額 (B)	(通院) 円・	(入院) 円	
		年間限度額・多数該当	円・	円	
<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 他( )		次のとおり決定してよろしいか	支給決定額 (A) - (B) 円		
備考			第 4 類		
			課長	係長	係

