

様式第4号 (第6条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 年 月 日

志賀町長 様

(申請者)

住 所 志賀町

氏 名

電話番号

下記のとおり、給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

(単位：円)

申請額 (A-B)	一部負担金 等の額計 A	控除額の内訳			給付決定額	備考
		付加 給付額	条例負担	計 B		
受給資格者	登録番号				被保険者氏名	
	ふりがな 氏 名				記号・番号	
対象者	ふりがな 氏 名				保険者番号	
	生年月日	年 月 日	加入 保 険	保険者名		