

様式第6号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

〇 年 〇〇 月 〇〇 日

武雄市長 様

申請者 住所 武雄市 〇〇町大字〇〇番地

(受給者) 氏名 武雄 花子

ひとり親家庭等医療費受給資格証の上部に記載されている証書番号を記入してください

(注) 受給者(父子家庭場合は父、母子家庭の場合は母、寡婦の場合は本人)の住所・氏名

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号	00000	加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名	武雄 花子
患 者 氏 名	武雄 花子		被 保 険 者 号 記 号 番 号	000000 000
生 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		保 険 名	国保・ <u>社保</u> ・その他

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額(領 収)証	
患 者 氏 名	
診 療 月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)

患者の方が加入されている医療保険の資格情報をご記入ください。

【注意事項】

領収書は申請書に貼り付けないでください申請書と領収書の枚数を揃えた状態で提出してください

1. 受診から1年以内に申請してください。(令和6年9月受診→令和7年9月末までに申請)
2. 保険適用の治療のみ助成します。(自由診療等保険適用外については助成対象外です)
3. 1医療機関1月ごとに申請書が1枚必要です。

(例：一か月に病院2か所、薬局2か所、歯科1か所の場合は、合計5枚)

4. 高額医療に該当する場合は保険者へ手続きをお願いします。
5. 押印は朱肉を使うものでお願いします。(シャチハタ不可)

※本人直筆の署名の場合は押印省略可。コピーの場合は印鑑を押してください。

6. フリクションボールペン等消えるボールペンは使用しないでください。

7. 学校でのケガの場合はスポーツ共済が優先されます。(学校に申請してください)

※学校でのケガの場合は「子どもの医療費受給資格証」を使用しないようご注意ください。

8. 医療機関での支払い後、申請するまでの間領収書は大切に保管してください。

※保険適用金額が確認できない場合や著しく汚損している場合は再発行をお願いすることがあります。