

弘前市長 様

住所 弘前市太字 _____

申請者 _____
(養育者)

氏名 _____ ※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

弘前市ひとり親家庭等医療費給付申請書

弘前市ひとり親家庭等医療費給付条例第5条第1項の規定に基づき、医療費の給付を受けたいので、同条例第6条本文の規定により下記のとおり申請します。

記

給付対象者氏名	生 年 月 日
	S H 年 月 日 R
加入保険種別	受給資格番号

医療機関等証明欄	診療年月	令和 年 月 診療分	診療区分	1 入院	3 歯科外来	6 歯科入院
				2 医科外来	4 調剤	10 その他
	診療日数	日	保険診療点数	点		
	診療科	科	一部負担受領額	円		
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関コード _____ 医療機関等 所在地・名称 開設者氏名 _____ 印					

計算欄	一部負担額	高額療養費	附加給付金	受給者負担額	給付決定額
	A	B	C	D	A - B - C - D

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)