第６号様式（第２０条関係）

親 ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

負担者番号	8	1	1	3					支給決定額	※　　円
受給者番号									申請日	年　月　日
保険の種類	１ 国保　２ 組合　３ 協会　４ 日雇　５ 船員　６ 共済　７ 後									
保険者番号										
世帯主組合員 被保険者氏名									被保険者等 記号番号	記号 番号　　（枝番）
対象者氏名									生年月日	年　月　日生
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無	（１都　２他（　　））							
	高額療養費	有・無	付加給付	有・無						
申請の理由	１ 医療証発行前の診療だった　２ 医療証を持参しなかった ３ 都外又は当制度の対象外の医療機関だった ４ 補装具等の購入　５ 都外国保組合加入 ６ その他（　　）									
入院・入院外の別	１ 入院　２ 入院外									
診療等を受けた期間	年　月　日から　年　月　日									
医療費総額	※　円 （うち標準負担額相当額　円）									
支給申請額	※　円									
病院などの名前 所在地	名前 所在地	**別添領収証書のとおり**								

支給額は、下記の口座にお振込みください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫　支店 信用組合　出張所 農協	１普通 ２当座	口座番号 口座名義（カタカナで記入）

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

東久留米市長　殿

住　所　東久留米市

氏　名

連絡先　（　　）

（注意）１　**※印欄は記入しないでください。**

２　番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

３　保険の療養費支給決定通知書または領収書（保険診療点数が記載されたもの）を添えて申請してください。
なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。