

別記様式第13号（第30条関係）

深川市ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記により医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

領収書（原本）の返却を希望する

診療を受けた者	受給者番号		課税区分	初・課
	氏 名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
医療保険の記号・番号		保 険 種 別	協会けんぽ・健保組合 国保・国組・共済・後期	
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協		本店 支店
	口座番号	普通・当座・()	フリガナ	
			名義人	

※医療費支給決定伺（市記入欄）

医療機関等	別紙添付書類のとおり		診療期間	別紙添付書類のとおり	
	件数	総医療費		自己負担額	一部負担金 (一割・初診)
内 訳					
入 院					
外 来					
歯 科					
調 剤					
その他					
合 計					