様式第８号

ひとり親家庭等医療費支給申請書

次のとおり（一部負担金･療養費）を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。
なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗像市長　あて　　令和　　年　　月　　日

申請者（本人または保護者）

住所　宗像市

氏名

電話番号（　　－　　－　　）

医療証の受給者番号		健康保険証等の記号・番号	宗像市国保　・　医保　・　後期 記号　　番号
受給者氏名、生年月日	（　　年　　月　　日）	健康保険証加入者氏名（被保険者・組合員・国保世帯主等）、生年月日	（　　年　　月　　日）

申請理由	☐ 県外の医療機関等での受診 ☐ 療養費の支給（国保・医保・後期） ☐ 医療証の未提示・交付前受診	☐ 他優先公費との差額 ☐ 補装具（国保・医保・後期） ☐ その他（　　）	
診療種別	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護 ・ その他（療養費 / 補装具）・その他（柔整）・特定疾病		
診療年月、日数	平･令　　年　　月（　　日間）	入院外来	入院　・　外来
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	他公費	円
負担割合	１割　・　２割　・　３割　・　他	高額療養費	円
一部負担金	円	自己負担限度額	円
支払金額	円	調整額	円
支給金額			**円**

振込先口座	銀行名	支店名	口座番号（右詰で記入）	種別
	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 出張所 営業部		**普通・当座**
			名義（※カタカナで通帳どおり記入）	

添付書類	☐明細がわかる**領収書**（補装具は**「医証」「見積書」「請求書」**も必要） ☐療養費支給証明書または支給決定通知（高額療養費・付加給付、医保療養費） ☐その他（　　）
国保税充当・備考	ひとり親家庭等医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。 ☐国保税の未納分、または収納課指定分から納付 ☐その他（　　）　**国保世帯主氏名**　　**印** ☐領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）

保変	なし 受付
受付	
他公費	なし あり
入力	
チェック	

※　太枠内のみご記入ください。