

記入例

親ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和〇年〇〇月〇日

(申請先) 新座市長

申請者 氏名 新座 太郎

住所 新座市 野火止 1丁目 1番 1号 (方書き等)

電話 048 (477) 1111

日中に連絡が取れる番号を御記入ください

Table with columns for recipient ID, name, birth date, medical insurance info, and other support.

※診療年月別、医療機関別、かつ、入院・入院外別に申請をしてください。

※領収書(原本)は、ホチキス止めで添付してください。

Checklist for eligibility: 1. School management? 2. Other medical support? 3. Traffic accident? ※上記に該当がある場合は、一度、こども給付課まで御連絡下さい。

Insurance treatment total points and other burden points section.

Yellow box with instructions: 下半分には何も書かず、領収書(原本)をホチキス止めで添付してください。 ※証明書欄は、領収証を紛失したときなど領収証を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。

Table with 5 columns: Insurance treatment partial burden, High medical care fee, Payment amount, Article 7 partial burden, Total payment.