

申請者記入欄	(あて先) 浜松市長					令和 年 月 日	
	(住 所) 浜松市						
	申請者						
	(氏 名)						
	ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書						
	令和 年 月分の医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。						
	受給者証番号				申請金額	円	
	受診者氏名等				生年月日	S・H・R 年 月 日生	
加入医療保険	被保険者（氏名）		記号・番号		保 険 者 名		付加給付
							有・無

医療機関等記入欄	受 診 証 明 書				
	令和 年 月分				
	区 分		保険診療総点数	保険診療一部負担金	診 療 日
	医療機関等	外 来	点	円	日
		入 院	点	円	
		入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		
		柔道整復等	(保険診療金額) 円	円	日
	薬局	院外処方箋	点	(調剤一部負担金) 円	日
		(受診者名) 様			
	記入欄	上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日					
住所					
医療機関等 名称 印					

市記入欄	審査欄	保険診療一部負担額	控 除 額 (ロ)		自己負担額(ハ)	差引支給決定額
		(イ)	高額療養費	付加給付金	一医療機関ごと 500 円	
		円	円	円	円	円
	市町村民税課税状況 (課税・非課税)			高額療養費 回目	入力	