

～記入例～

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請日
(提出日)を記入

申請者記入欄 (太枠の枠を記入して下さい。)	
富士吉田市長 様	令和 6 年 10 月 1 日
申請者 住所 富士吉田市下吉田 6 丁目 1 番 1 号 氏名 富士山 花子 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇	助成申請額は 記入不用
下記のとおり医療費の助成を申請します。	

診療	月	令和 6 年 9 月					助成申請額					円
受診者	対象者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	氏名	富士山 太郎					生 年 月 日			R6 ・ 1 ・ 1		
助成申請額に対する 他の制度による給付		無 有		内容		1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他()						

《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。
2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。

医療機関証明欄												
(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限りです。)を添付するか、枠内に記入してもらって下さい。)												
受診者氏名				診療年月								
一部負担金 領 収 額						円(他法本人負担金						円含む)
区 分	1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 その他()				入 院 時 食 事 療 養 費	入院 日数		標準 負担額		円		
	1 入院 2 入院外					=総額				円		
保 険 診 療 総 点 数						他法負担 点 数						
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等 住所 名 称 代表者												

領収書(レシート)
に点数が記載されて
いない場合は医療機
関に記入を依頼する

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)
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。

市(町 村)記入欄		
療養に要した費用	必ず記入	円…(D)
法定一部負担 (A)×負担割合		円…(E)
他 法 負 担	必要があれば記入	円…(F)
支給 不支給 →(理由		円