第６号様式（第20条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定額 | ＊　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | 世帯主組合員  被保険者氏名 | | |  | |
| 受給者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 保険の  種　類 | １国保　２組合　３政管　４日雇  ５船員　６共済　７後 | | | | | | | | | | 記　号　番　号 | | | | |  | | |
| 保険者名 | | 番号 | | |  | | | | | | | | | 名称 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 |
|  | | | | | | | １　一般　　　２　歯科　　　３　薬剤　　　４看護  　５　移送　　　６　補装具　　７　その他 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | １　入院　　　　　　　２　入院外 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 円  　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 名前  　所在地 | | | | | | | | | | | |
| （詳しく書いてください） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 支給額は、下記の口座にお振込みください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | | 銀行　　　　　　店 | | | | | | | | | １普通  ２当座 | | | 口座番号 | | | |
| 口座名義 | | | |
| 上記のとおり、ひとり親家庭医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　小笠原村長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　＊印欄は記入しないでください。

　　　　　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。

　　　　　３　区（市町村）の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定

　　　　　　通知書又は領収書を添えて申請してください。

　　　　　　　なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。