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。