

⑨ ひとり親家庭医療助成費支給申請書 （＊記入しないでください）

支給決定額	＊	円
-------	---	---

受給者番号								世帯主組合員 被保険者氏名		
保険の 種 類	1 国保 4 日雇	2 組合 5 船員	3 協会 6 共済	被 保 険 者 等 記 号 番 号						
保 険 者 番 号										
受 診 者 の 氏 名						生年月日	年 月 日生			
他 の 助 成 の 有 無		他医療費の助成		無・有（1都 2障 3その他（ ））						
		高 額 療 養 費		有 ・ 無		付 加 給 付		有 ・ 無		
医 療 等 を 受 け た 期 間		年 月 日から 年 月 日								
申 請 の 理 由		1 医療証発行前の受診だった				2 医療証を持参しなかった				
		3 都外または当制度対象外の医療機関だった				4 補装具等の購入				
		5 その他								
支給額は、下記の口座にお振込みください。										
振 込 先 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 東京都小笠原村 氏名 電話										

（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 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。