

様式第5号

町 記 入 欄	自己負担額	控除額 付加給付額	支給額	備考
	医 薬 食			(病名)
	付加給付額の算定			
	町民税の課税状況	課税・非課税		
受 給 者 記 入 欄	<b>母子家庭等医療費助成金支給申請書</b>			
	平成 年 月 日			
	河津町長様			
	住所 賀茂郡河津町 受給者氏名 印			
受 給 者 証 入 欄	受給者記号	加入医療保険記号		
	番号	番号		
	第 号	保険者名		
	氏名	付加給付	有・無	
医 療 機 関 等 記 入 欄	<b>保険診療等領収証明 ( 月分 )</b>			
	保険診療による自己負担額	医療費分	円	
		薬剤加算分	円	
	入院標準食事負担額		日 × 円 = 円	
	計	円		
診 療 期 間	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院 有・無 ( 年 月 日から 年 月 日まで )			
	平成 年 月 日			
	医療機関等	所在地 名称 代表者名	印	

(注) 印欄は医療機関が記入して下さい。