

町 記 入 欄	自己負担額	控除額 付加給付額	支給額	備考
	円	円	円	(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	ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書			
	令和 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 受 診 者 名	受給者記号	加入医療保険	記号	
	番号	第 号	番号	
	氏名		保険者名	
	生年月日	明・大 年 月 日生 昭・平	付加給付	有・無
医 療 機 関 等 記 入 欄	保険診療等領収証明 (月分)			
	保険診療による自己負担額	※		円
	うち薬剤費負担額	※		円
	入院時食事標準負担額	※	日 ×	円 =
	計	※		円
	※ 診療期間	入院 有・無 (年 月 日から 年 月 日まで)		
※	令和 年 月 日			
	所在地			
	医療機関等	名称		
		代表者名	印	

(注) ※印欄は医療機関が記入して下さい。