

第6号様式（第17条関係）

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

越生町長様

住所  
申請者 氏名  
電話 ( )

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数	日	記号番号	
	外来	年 月分 外来日数		日	名称

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

	入院	日	外来	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ | | | | |

ただし、\_\_年\_\_月分保険診療一部負担金（他法本人負担金\_\_円含む）  
－入院時食事療養標準負担額は含まない－

保険診療総点数	他法負担分点数
点	点

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_様

住所  
医療機関等 名称  
(氏名) 印

注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
2. 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条自己負担金	支給額計
	円	円	円	円	円