

ひとり親家庭医療費助成申請書及び口座振替依頼書

令和 年 月 日

泉佐野市長 殿

泉佐野市

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

受給者	居 住 地	泉佐野市					
	氏 名						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	受給者番号	
加入医療保険	被保険者等氏名				付加給付	有 ・ 無	
	記 号		番 号		枝 番		
	保険者番号				保険者名称		
対象診療	医療機関						
	診察期間	令和 年 月 日から 日間				入院 ・ 外来	
口座振替	銀行名				口 座 番 号		
	支店名		(店番)		口 座	フリガナ	
	預金種別	普通 ・ 当座			名義人	氏 名	

領収書の内容 （保険診療と食事療養費の自己負担分のみ1ヶ月単位で記入）

氏 名			診療期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
金 額	円			医療区分	外来 ・ 入院	
金 額 の 内 訳	保 険 点 数	点	1. 医科（ 科） 2. 歯科 3. 調剤 4. 装具 5. 看護 6. 移送 7. 柔整 8. はり灸 9. その他（ ）			
	医 療 費	円				
	食事療養費	円				
医療機関等名称						