

母子・父子家庭医療費助成申請書			
富谷市長 へ		令和 年 月 日	
		住所 富谷市 _____	
		申請者 _____	
		氏名 _____	
令和 年 月分 の母子・父子家庭医療費の助成を下記のとおり申請します。			
母子・父子家庭医療費受給者証番号	富 母 子 号	受診者等 氏名	氏名(フリガナ) (男・女) (昭・平・令 年 月 日生)
被保険者証 記号・番号		管 掌 別	協会・船員・組合・共済・日雇・国保・国組
		保 険 者 名 称	

※外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (日) ・ 訪 問 看 護		
※ 診 療 点 数 等 及 び 医 療 機 関 名 等	療養の給付等 【注1参照】	診療点数 [療養費の総費用]	点 円
	外来薬剤一部負担分(保険対象分のみ)	本人負担額	円
	入院時食事療養分(保険対象分のみ)	回数 総費用 標準負担額	回 円 円
	訪問看護療養分(保険対象分のみ)	回数 総費用 基本利用料	回 円 円
	医療機関名等	機関コード番号 _____ 住 所 _____ 氏名・名称 _____	
			公費負担について 無 有(名称 _____) 公費負担額 _____ 円 自己負担額 _____ 円

※欄は、医療機関で記入してください。

注1 接骨，鍼，灸，マッサージの場合は，療養の給付等〔療養費の総費用〕欄に「保険診療の費用額」を記入願います。

以下，富谷市の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成対象額	助成決定額
療養の給付等							
外来薬剤の一部負担分							
入院時食事療養分							
訪問看護療養分							
計							

※助成決定額は，助成対象額から外来1件につき1,000円，入院1件につき2,000円を控除した額とする。