

## 母子・父子家庭医療費助成申請書

令和 年 月 日

富谷市長 あて

住所 富谷市  
申請者  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

**平成・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)  (昭和・平成 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 _____ 点 〔療養費の総費用 _____ 円〕	公費負担について 無 有 (名称 _____ )
	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 _____ 回 総 費 用 _____ 円 標準負担額 _____ 円	公費負担額 _____ 円
	訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数 _____ 回 総 費 用 _____ 円 基本利用料 _____ 円	自己負担額 _____ 円
	医療機関名等	機関コード番号 _____  住 所 _____  氏名・名称 _____ ㊟	

**※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 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。