

母子・父子家庭医療費助成申請書

年 月 日

富谷市長 あて

住所 _____
申請者 _____
氏名 _____

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) (年 月 日生)
被 保 険 者 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。