

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					個人番号								
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				受給者番号								
医療保険資格情報	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													
	診療期間	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		
	医 療 費	円		3. 調剤 4. 装具 5. 看護 6. 移送		
	食事療養費	円		7. 柔整 8. はり灸 9. その他（ ）		
医療機関等名称						