第３号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
| **妊産婦医療費助成申請書**年　　月　　日　　棚倉町長　　　　　　　　　　　　 住　　所　棚倉町大字申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 棚倉町ひとり親家庭医療費受給資格の有無 | * 有（受給者番号：　　　　　　　）　　□ 無
 |
| 区分 | * 入　院　　　□ 入院外　　　□ 調　剤　　　□ その他
 |
| **保険診療証明書**　　　　　　　年　　　月診療分 |
| 保　険　診　療　点　数　合　計 | 受領金額 |
| 点　　　数 | 診 療 合 計 | 一 部 負 担 金 額 | 食事療養費定額負担額 | 合　　　計 |
| 点 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　　　　　　年　　　月　　　日 所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　 |
| **高額療養費支給に関する申立書**　棚倉町長　　　　下記のとおり、申し立てます。　　　　　　　　年　　月　　日申立者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　(一部負担金額が21,000円以上の場合、世帯分を記載する。) |
| 診療を受けた者の　氏　名 | 療養を受けた医療機関等 | 医療機関等支払一部負担金 | 世帯合算額控　除　額 | 高額療養費支給決定額 | 摘要 |
| 　 | 　 |  | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |
| 合計 |  |  |  | 　 |

※事務局記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一部負担金等 | 高額療養費 | 付 加 給 付 費 | 助 　成 　 額 |
|  |  |  |  |