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 |
|  |  |  |  |