

様式第5号(第8条関係)

受給者記入欄	母子家庭等医療費助成金支給申請書								
						年 月 日			
	(宛先)静岡市長								
	住所 受給者 氏名 電話番号 ー								
	次のとおり申請します。なお、この申請に関し、医療機関及び保険者に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。								
受給者証番号				加入医療保険	保険者名				
診療等を受けた者	氏名				記号				
	生年月日		. .		番号				
診療期間		年 月 日～ 月 日			付加給付等の有無		有・無		
傷病名				損害賠償の有無		有・無			

医療機関等記入欄	保険診療等領収証明書							
	保険点数		点		保険診療による自己負担額		円	
	診療内容		入院・通院・処方せん		受診日数		日	
	診療期間		年 月 日～ 月 日					
	年 月 日		所在地 医療機関等 名称 代表者		(印)			

市記入欄	自己負担額		付加給付一部負担 還元金		他の医療費		支給額		
	円		円		円		円		
	市県民税 課税状況		年度 課税・非課税			損害賠償の有無		有・無	
	付加給付(家族・合算) } の算式 一部負担還元金								

(注) 太線の中だけを記入してください。