

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請日 年 月 日

申請者（保護者）住所

（申請先）茨木市長

氏名

電話番号（ - ）

受付年月日

☐ 茨木市がマイナンバーを利用して、健康保険情報を照会することに同意します。

（被保険者名： ）

次のとおり申請しますので、指定する金融機関の口座へ振り込んでください。

添付する領収証書の保険点数等について医療機関に、付加給付等について加入している健康保険の保険者に対し、確認することに同意します。

また、この申請書の記載事項に不備がある場合は、茨木市が訂正することに同意します。

受給者氏名					受給者番号 (医療証)				
保険者名 (組合名称)					生年月日	年 月 日 (満 才)			
振込先 金融機関名	銀行 農協 信金 信組				支店名	支店・出張所 (支店番号:)			
口座番号	普通					口座名義 (カナ記入) ※保護者名義に限る			

事務処理欄（※この欄は記入しないでください）

No.	診療年月	診療区分	医療機関名	日数	点数	患者負担額	付加給付等	自己負担金	支給決定額
1	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
2	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
3	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
4	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
5	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
6	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
7	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
8	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
9	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
10	/	入 外 歯 調 他 ()		日	点	円	円	円	円
合 計		件	—	—	—	—	—	—	円
備考		資格期間 年 月 日 ~ 年 月 日 高額療養費負担限度額 ア イ ウ エ オ 上位 一般 非課税 ☐ 付加給付案内済							