

# (親) ひとり親家庭等医療費助成申請書

(宛先)川崎市長

年 月 日

住所 川崎市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

申請者  
氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、ひとり親家庭等医療費助成に係る医療費の助成を申請します。

受給者氏名		受給者番号	
住 所			
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農 協		本 店 支 店
口 座 番 号	普通	フリガナ	
	当座	口座名義人	

診 療 年 月 日	診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称	区 分	医 療 費 支 給 申 請 額
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円

区分            1 : 医科外来   2 : 医科入院   3 : 歯科   4 : 調剤   5 : 柔道整復  
 6 : はり・きゅう・マッサージ   7 : 訪問看護   8 : その他

領収書(写しも可)、健康保険の療養費支給決定通知書等を添付してください。

<平成25年1月>