

様式第3号（第5条関係）

ひとり親家庭医療費助成申請書	
年 月 日	
西会津町長 様	
受給者番号	
申請者住所	
氏 名	
年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付の申請をします。	
受給者名	
生年月日	
同一受診月分の申請の有無（注2参照）	有 ・ 無

（注）1 上記の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書（同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。）の提出を行ったことが有るか無いかいずれかに○をつけてください。

医 療 機 関 入 欄	保険診療	入院	点	薬 剤 負 担 金 領 収 金 額 ①		円
	総点数	外来	点	負担金領収額（①を除く）②		円
	食事提 供日数	日	入院時食事 療養費定額 負担日額	円	入院時食事療養費 定額負担月額 （提供日数×日額）	円
	③					
関	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）				円	
記	上記 月分の一部負担金を受領したことを証明する。					
入	年 月 日					
欄	医療機関	住所				
	又は薬局	名称		印		

一 部 負 担 額 (A) ①+②+③	附 加 給 付 額 (B)	高 額 療 養 給 付 額 (C)	自 己 負 担 額 (A-B-C)
円	円	円	円