

第4号様式（第10条関係）

鎌ヶ谷市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住 所 鎌ヶ谷市  
氏 名  
電話番号

ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、鎌ヶ谷市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第10条の規定により申請します。

対象者氏名	( 年 月 日生)		受給者番号						
加入医療保険	名 称								
	記号・番号								
	付 加 給 付	有・無							

※保険証及びひとり親家庭等医療費等助成受給券のコピーを添付

※ 市審査欄

診療・調剤報酬 (入院・通院・調剤)			
診療・調剤月	年 月分	公費負担	有 ( 円)・無
保険総点数	入院 点	入院延日数	日
通院	点	調剤	点

自己負担額 A	付加給付額 高額医療費 B	一部負担額 C	助成交付額D A - (B + C)
円	円	円	円