

記入例

子 ど も
 青 森 市 ひとり親家庭等医療費助成額支給請求書
 重度心身障害者

〇〇年 〇〇月 〇〇日

青 森 市 長 様

(申 請 者) 住 所 青森市中央1丁目22-5
 連絡先 017 (734) 1111
 氏 名 青森 太郎

※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

記名押印・・・氏名を代筆又は印刷したもの + 押印

〇〇年△△月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	続柄	受給資格証番号
青森 花子	〇〇年 〇月 〇〇日	子	1234567

①	【 年 月分】	入院	/ ~ /	他方負担	受領額		
			点	点	円		
		保険診療	外来	日	他方負担	受領額	
		日数・点数	点	点	点	円	
医療機関 証明欄	(入院時食事療養費を除く)		柔整鍼灸	日	他方負担	受領額	
		その他	点	点	円		
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称 院 長 氏 名							

②	【 年 月分】		日	他方負担	受領額	
		調剤報酬日数・点数	点	点	円	
調剤薬局 証明欄	上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保 険 薬 局 の 所 在 地 ・ 名 称 管 理 者 氏 名					

受 付	確 認	備 考