

市町村	業務	対象者番号	診療月	医療機関番号	科目	入外	種別	被保	継続	計算	事由	受付年月日
20142											11	

※太枠の中のみ記入してください。

<b>母子(養育者) 医療費等助成申請書</b>													
福井市長あて						令和 年 月 日							
受給者 住所 福井市 (保護者)						氏名 <span style="float: right;">(印)</span>							
次のとおり医療費等助成の申請をします。													
受診者	対象者番号											医療保険種別	1国保 2退職 3国組 4協会
	氏名												5日雇 6組合 7船員 8共済
	生年月日												

- (注) ① 上記申請書欄は申請者が記入して下さい。  
 ② 診療を受けた月の翌月から起算して1年以内に子ども福祉課へ提出してください。  
 ③ 下記の領収証明書に記載がない場合は、一部負担金を支払った旨を証する書類(保険診療分が明示された領収書等)を提出してください。

<b>領収証明書</b>			令和 年 月 日		
( 年 月分)					
入院・外来区分	1 入院	2 外来	入院時食事療養費 定額負担分		
保険診療総点数	点		日分		
保険診療一部負担金	円		円		
(受診者)	住所 名称 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>		医療機関等 氏名		
様					

医療機関の方へ  
 この証明書は母子家庭等医療費等助成のために使用するもので、お手数ですがご協力ください。  
 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

負担	高額	特疾	保険率
1			

A 総医療費	B 本人負担	C 附加給付	D 高額療養	E 他負担	F 助成額	現償

算出基礎
------

食事療養費	薬剤負担金
支給月	データNo.