

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	診療年月日
20142			5								115	

太枠の中のみ記入してください。

## ひとり親家庭等医療費等助成申請書

福井市長あて

令和 年 月 日

受給者 住所  
(保護者) 福井市

氏名 ( )

次のとおり医療費等助成の申請をします。

( ) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

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	S・H・R	年	月	日						

(注) 上記申請書欄は申請者が記入して下さい。  
 診療を受けた月の翌月から起算して1年以内にこども政策課へ提出して下さい。  
 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)を提出して下さい。

### 領 収 証 明 書

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

住所  
名称  
医療機関等 氏名 ( )  
様 ( ) 本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。

医療機関の方へ  
 この証明書はひとり親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。

総医療費	本人負担	附加給付	高額療養	他負担	助成額	現償

算出基礎
------

食事療養費

受付	確認