

様式第5号(第11条関係)

ひとり親家庭等医療費等給付申請書				年	月	日
いすみ市長		様		申請者 住 所 氏 名 T E L		
下記のとおり医療費等の給付を申請します。						
氏 名				申 請 者 との続柄		
住 所				生年月日	年 月 日	
加 入 医 療 保 険	名 称			記号番号		
	本人・家族の別	☐ 本人 ☐ 家族				

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤)※該当に○印を付けてください			
診療・調剤月	年 月 分	公 費 負 担 額	有 (円) ・ 無
保 険 総 点 数	入院 点	外来 点	調剤 点
入 院 延 日 数	日	入 院 時 食 事 療 養 費 の 標 準 負 担 額	(円 × 回)
証 明 手 数 料	円	自 己 負 担 金 月 額	円
保険医療機関 又は保険薬局 の名称・氏名 所在地	上記のとおり証明します。		

振込口座

金融機関名・支店名		銀行・組合・金庫		支店・本店・支所
預金種別	普通・当座・貯蓄	ふりがな		
口座番号		氏 名		

※金融機関の口座番号等のわかる写しを添付してください。

市町村窓口記入欄

自 己 負 担 額 A		付 加 給 付 額 B		一 部 負 担 額 C	証 明 手 数 料 D	A - (B + C) + D 助 成 交 付 額 E
医 円	計	有				
食 円	円	無	円	円	円	円

いすみ市記入欄

債権者登録状況 新規・有・無(無の場合 本人確認書類等(写)の添付又は目視等による確認)

本人確認 確認者() ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ ()在籍確認 確認者() ☐ ()