様式第１号（第３条関係）　　申請日　　年　　月　　日

都城市寡婦等医療費助成金申請(請求)書

都城市長　様

住所　都城市

助成対象者番号

氏名　　印

電話　(　　)　　－

年　　月分寡婦等医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

受診者氏名	保険証内容	被保険者氏名	記号番号
生年月日		保険者番号	保険者名
昭和　　年　　月　　日生			都城市

(注意)　下記太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

【平成　　年　　月分】　診療報酬及び薬剤明細(1　入院　　2　外来　　3　歯科)

診療科(　　)

診療実日数	保険診療点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	円	円	円

上記の金額を受領したことを証明します。

医療機関コード［　　］

年　　月　　日　　名称

医療機関等の　氏名　　印

電話

【平成　　年　　月分】　調剤報酬明細

薬剤投与日数	保険調剤点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	円	円	円

上記の金額を受領したことを証明します。

医療機関コード［　　］

年　　月　　日　　名称

調剤薬局等の　氏名　　印

電話

＊この太枠内の内容について訂正した場合には、医療機関、調剤薬局において訂正捺印をお願いします。

助成内容	世帯区分	助成回数	一部負担金	高額療養費	付加給付	控除額	交付決定額
	課税					1,000円	
	非課税	回	円	円	円		円

付加給付は　＿＿＿＿＿＿円以上　＿＿＿＿＿＿円未満切捨・付加給付なし