

様式第1号（第3条関係）

申請日 年 月 日

母子・父子等医療費助成金申請（請求）書

都城市長 宛て

助成対象者番号

住所 都城市

氏名

電話 （ ） —

年 月分母子・父子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	受給者 生年月日	受給者 個人番号											
	年 月 日生												
被保険者 氏名		被保険者 個人番号											
	☐ 情報照会 ☐ 被保険者等であることが 確認できる書類												

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

【 年 月分】 診療報酬及び薬剤明細(1 入院 2 外来 3 歯科)				
診療 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。				
年 月 日 名称 医療機関等の 氏名 (印) 電話				
【 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。				
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、医療機関及び調剤薬局において訂正押印をお願いします。				

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 非 課 税	回	円	円	円	円	円

付加給付は 円以上 円未満切捨・付加給付なし