

受給者記入欄	母子家庭等医療費助成金支給申請書					
	(あて先) 沼津市長職務代理者			平成 年 月 日		
	住所 沼津市					
	受給者 氏名 (電話)					
受給者証番号	第 号		加入医療保険	名称		
受診者氏名	S H 年 月 日生			記号番号	記号	番号
届出座	銀行・信用金庫・農協				口座番号	
	本店・支店・支所・出張所					

医療機関等記入欄	保険診療等領収証明書 (¥を付けて下さい)									
	年	外来 入院 月 日 ~ 月 日	保険診療による 自己負担額のみ 〔 保険点数 〕	十	万	千	百	十	百	円
	月	分	薬剤	点						
	〔 *証明は、診療月、診療科目、保険者、外来・入院別に記入して下さい *1度証明したものを、やむをえず再度証明する場合は、「再発行」と明示して下さい 〕									
平成 年 月 日										
所在地										
医療機関等 名称										
代表者名										
(印)										

市記 役入 所欄	市民税 (課・非)	自己負担額		控除額	支給額
	高額療養費 回	付加 給付 算定	本人 ・ 家族 算出額が	円控除。	円未満の端数切捨て 円未満不支給。
	申請書枚数	枚		合計金額	円