

受給者記入欄	母子家庭等医療費助成金支給申請書					
	(宛先) 沼津市長			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		(事業主)	記号番号	記号	番号
届出口座	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 〕 点	十	万	千	百	十	百	円
	月	薬剤								
	分									
[*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	