

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者 住所

氏名

電話番号

以下のとおり佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金の交付を申請します。

氏 名			申請者との続柄	
住 所			生年月日	
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・調剤月	年 月	種別	入院 通院 調剤
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点
公費負担額	円	証明手数料	円
入院延日数	日		
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。 (取扱者 印)		

審査欄

自己負担額 (A)	附加給付額 (B)	一部負担額 (C)	証明手数料 (D)	助成交付額 $A - (B+C) + D$
円	有 無	円	円	円

医療機関・保険薬局の方へ

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で、負担金を徴収し、この申請書に1か月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

助成金交付申請される方へ

【申請までの順序】

- 1 医療機関・保険薬局の窓口で保険診療費を支払ってください。
- 2 受診者名・診療日・保険負担額（点数）が記載されている領収書を添付し、受診月・受診者・医療機関・調剤薬局・診療科目ごとに分けて申請書を作成してください。
- 3 領収書に受診者名・診療日・保険負担額（点数）が記載されていない場合は、診療日の翌月以降に、この申請書を医療機関に提示し、1か月分の保健診療の証明を受けてください。
(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 申請書を作成しましたら、保険診療費を支払った月の翌月1日から2年以内に担当課窓口に提出してください。
(郵送でも結構です。)

【お願い】

下記事項に該当する場合は、担当課に速やかに届け出てください。届出が遅れた場合は、遡って助成した額を返還していただくことがあります。

- 1 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるとき。
- 2 受給の資格がなくなったとき（ひとり親家庭等でなくなったとき、他市町村へ転出したとき等）。
- 3 住所若しくは家族構成又は加入している保険が変更になったとき。

【注意事項】

- 1 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 2 偽りその他の不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全部又は一部を返還していただきます。