

## 西目屋村ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

西目屋村長 殿

(申請者)  
住 所 西目屋村大字  
氏 名

年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	生 年 月 日	受給資格証番号	
( 男 ・ 女 )	年 月 日 ( 歳 )	西目屋村 第 号	
支払金融機関	銀行・信用金庫・農協	口座番号	
	支店	口座名義	

\*太枠内は申請者が記入してください。

保 険 医 療 機 関 証 明 欄	保険診療 総点数 (入院食事療 養費を除く)	入 院 外 来	点 点	他方負担 点	一部負担受領額 点 円	
			点 (円)			
	入 院 <small>食事療養費入院日数</small>	日	1日当たりの 標準負担額	円	標準負担 受領総額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。  医療機関等の 所在地・名称  院長氏名 <span style="float: right;">㊟</span>						

一部負担額 A	標準負担額 B	付加給付金 C	受給者負担額 D	給付決定額 (A + B - C - D)