

茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

住所

申請者氏名

電話

☐ 高額療養費の年間上限到達などにより健康保険組合から還付があった場合は、その旨を市へ報告し、過払金について市へ返還します。※チェックがない場合は、償還払いできません。

次のとおり茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費の助成を申請します。

対象者氏名		生年月日	受給者番号
1	カナ	年 月 日	
2	カナ	年 月 日	
3	カナ	年 月 日	
4	カナ	年 月 日	
添付書類		☐ 領収証 ☐ 支給決定通知書 ☐ 装具証明書・作成指示書 ☐ 公費負担医療受給者証及び自己負担上限管理表	
		受付者	

申請額	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---