第8号様式(第15条) 　　　ひとり親家庭等医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 　月　　日  　　(あて先)鎌倉市長  住所 鎌倉市  　　　　　　　　　　　　　申請者 氏名 　　　　 　　　　　　 　　　印  電 話 ( 　　)    　次のとおり医療費の助成を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  | |  |  |  | | 資格者氏名 | | |  | | | | | | |
| 診療を受けた期間 | 領収書記載のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称  及び所在地 | 領収書記載のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成申請額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　理 由 | * 医療証交付前の受診 * 適用区域外での受診 * 国民健康保険組合加入 * 療養費の自己負担分 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | 本店  支店  営業部  出張所  店舗コード  （　　　　） | | | | | 預金種目 | □ 普通　□ 当座 | | | | | | | |
| 口座番号 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  （カタカナ） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 市処理欄 | | | | 支給決定金額：　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | |