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 |