

申請場所：保険年金課 医療給付担当(21番窓口)
 持参するもの：印鑑、受給者証、領収書、保険証、通帳原本
 ※一医療機関について一ヶ月1枚必要です。

- 重度心身障害者
- ひとり親家庭医療費助成金申請書
- 子ども(乳幼児及び児童)

※申請額 _____ 円 (ただし、令和 ____ 年 ____ 月分)

標記医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり申請します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(宛先)今治市長

住所

請求者

(受給資格者)

氏名 _____

受給(資格)者証	重	・	ひ	・	子
記号番号	今治				

電話 (_____) - _____

振込 金融機関	銀行 農協 信用金庫	支店	普通・当座 口座番号	口座名義人(カタカナ)
------------	------------------	----	---------------	-------------

国民健康保険
 後期高齢者医療保険
 社会保険
 による診療報酬請求額証明書

令和 ____ 年 ____ 月診療分

医療 機 関 等 記 入 欄	患者氏名				一部負担金の割合	1割・2割・3割
	保険種別	被用者保険	今治	国保組合	保険者番号	
		協・組・船・共	国・退・後期	医歯国・他国	被保険者証記号番号	
		入院・外来実日数	入院・外来(日間)			
診療報酬 内訳	総診療報酬点数					点
	他法公費種別()			他法公費負担点数		点
領収金額(患者自己負担額)				一部負担		円
				計		円

上記のとおり証明します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関等の名称及び
 所在地・開設者氏名

助成内容	本人負担額	高額療養費	付加給付額	助成金決定額			
	(_____ 円) - (_____ 円) - (_____ 円) = _____ 円						
① りん議	課長	課長補佐	係長	係	受付	受付年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
						決定年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

金額は記入しないでください

記入しないでください