

鹿島市ひとり親家庭等医療費助成申請書  
(母子家庭用)

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 住所  
(保護者) 氏名  
電話

【申請者記入欄】

受給対象者	ふりがな 氏名	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名
	生年月日		年 月 日
	記号・番号		

【医療機関等記入欄】

医療機関等証明欄	患者氏名				
	診療月	年	月分	(入院時の入院日数 日)	
	診療区分	入院	入院外	歯科	調剤
	総医療費 (総点数×10)	円	円	円	円
	保険診療一部負担額	円	円	円	円
	公費負担額	円	円	円	円
	訪問看護利用料	円	円	円	円
上記の一部負担額を領収いたしました。 年 月 日					
医療機関等 住所 氏名 電話					印

- \* 医療機関ごと(入院、外来、歯科、調剤は別)、月ごとに1枚必要です。
- \* 医療費を支払った日の翌月初日から1年以内に申請してください。

【市記入欄】 助 成 決 定 書

総医療費	一部負担額	公費負担額	訪問看護利用料
円	円	円	円
備考	医療機関コード	課税・非課税	高額療養費
			円
			円
決定助成額			円