

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: 2em; margin: 0;">母</p> </div> <div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">小浜市母子家庭等医療費助成申請書</h2> </div> <div style="text-align: right;"> <p style="margin: 0;">受 付</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">下記のとおり医療費を助成されるよう領収書(裏面貼付)を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">小 浜 市 長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">申請者 住 所 小浜市 氏 名 電話番号</p>					
受給者番号		受給資格者氏名 (生年月日)	(年 月 日生)	申請額	円
保険証	後期高齢 本人	国保 退職国保	協会けんぽ 扶養	船員 組合 共済 名称	
(年 月) 分 の 内 訳 (領 収 証 明)					
医療機関名及び診療科	◎	◎	◎	◎	◎
住所					
種 別	外来・入院・訪問	外来・入院・訪問	外来・入院・訪問	外来・入院・訪問	外来・入院・訪問
診療日数	日	日	日	日	日
総医療点数	点	点	点	点	点
一部負担金	円	円	円	円	円
附加給付額	円	円	円	円	円
高額受給額	円	円	円	円	円
食事療養費	円	円	円	円	円
薬剤負担金	円	円	円	円	円
助成決定額	円	円	円	円	円
備 考					

領収書の添付がない場合、領収証明を医療機関等でご記入をお願いします。