

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>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-bottom: 10px;">小 浜 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 小浜市</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>					
受給者番号	- 8	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 本人	退職国保 扶養	協会けんぽ 扶養	船員 扶養
				組合 扶養	共済 扶養
(年 月) 分 の 内 訳 (領 収 証 明)					
医療機関名 及び診療科	(印)	(印)	(印)	(印)	(印)
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。