

領収書枚数	受付印

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

助成対象者 氏名 (患者氏名)		受給者証	記号 番号	松母・松父・松子・松寡
医療保険	国保・社保(協会けんぽ) 健保組合・共済組合 その他( )	記号		
		番号		
高額療養費	①該当なし ②該当あり(支給時期 月頃)	市加入保険 (学童・市立学校等)		①該当なし ②該当あり(支払時期 月頃)
付加給付金 (健保・共済時)	①該当なし ②該当あり(支給時期 月頃)	備考		

別添領収書(医療機関等証明書)のとおり医療費を支払ったので、上記のとおりひとり親家庭等医療費の助成を申請します。

ひとり親家庭等医療費助成を受けるに当たり、次の事項に同意します。

- ひとり親家庭等医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の高額療養費、付加給付金、その他公費による各種助成の受給資格及び支給に関する情報を松浦市長が保険者へ確認することに同意します。
- 市が助成したひとり親家庭等医療費について、保険者が規定する高額療養費や付加給付金等の対象となる場合、保険者への申請及び受領の権限を松浦市長に委任します。
- 市が助成したひとり親家庭等医療費について、保険者が規定する高額療養費や付加給付金等を健康保険の被保険者又は国民健康保険の世帯主が受領した場合、ひとり親家庭等の助成額と重複した医療費相当額を市へ返還します。
- 上記申請内容に虚偽があったと判明した場合、受領したひとり親家庭等医療費助成金は市へ返還します。

松浦市長(受任者)様 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請者(委任者) 住所 松浦市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_  
<受給者>

氏名 \_\_\_\_\_ (連絡先 \_\_\_\_\_)

\*申請者(委任者)が健康保険の被保険者又は国民健康保険の世帯主と同一の場合、下段の氏名欄の記入は不要です。

健康保険の被保険者又は世帯主(委任者)氏名 \_\_\_\_\_ (印)