

市町村記入欄	自己負担額	控除額 附加給付額	支給額	備考	
	円	円	円	病名	
	附加給付額の算定				
	市町村民税課税状況		課税・非課税		
受給者記入欄	ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書				
	年 月 日				
	伊豆市長 様		住所 伊豆市		
	受給者		氏名		
	受給者証	記号 番号	第 号	加入医療 保険	記号 番号 保険者名
受診者名	氏名	生年月日	年 月 日生	附加給付	有・無
医療機関等記入欄	保険診療等領収証明				
	保険診療による自己負担額		※		
	うち薬剤費負担額		※		
	入院時食事標準負担額		※ 日 × 円 = 円		
	計		※		
	※	月 日から 月 日まで			
	診療機関	入院 無・有 (月 日から 月 日まで)			
※	年 月 日				
所在地					
医療機関等 名称					
代表者名		印			

(注) 医療機関等は※印のみ記入して下さい。

申請書は、医療機関ごと、月ごとに作成してください。