



都城市母子・父子等医療費助成金申請(請求)書

都城市長 宛て

住所 都城市

助成対象者番号

氏名

電話 () -

年 月分母子・父子等医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 昭・平 年 月 日生, 保険証内容, 被保険者氏名, 記号番号, 保険者番号, 保険者名

(注意) 下記太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

Main application form with sections for medical fees (診療報酬) and pharmacy fees (調剤報酬), including tables for charges and amounts received, and signature lines for medical institutions.

Summary table with columns: 助成内容, 世帯区分, 助成回数, 一部負担金, 高額療養費, 付加給付, 控除額, 交付決定額

付加給付は 円以上 円未満切捨・付加給付なし