様式第6号の2(第6条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費助成台帳(ひとり親家庭用) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯番号 | |  | | | | | | | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | ひとり親医療該当  非該当の別 | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 続柄 | 勤務先又は在学校名・学年 | | | | | | | | 所得の状況 | | | | | 医療証(資格証)  受給者番号 | | | | 備考 |
|  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | | | | 被扶養者名 | | |  | | | | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | (　年　月　日変更) | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | 政、組、日、船、共、国、高 | | | | 被保険者証の記号番号  （枝番） | | | | |  | | | | | | | | 附加給付の有無 | | | | |  | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | | | (　年　月　日変更) | | | |
| 被保険者証発行機関名 |  | | | | 事業所名 | | | | |  | | | | | 所在地 | | | |  | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | (　年　月　日変更) | | | | | (　年　月　日変更) | | | | | | | |
| 申請事由 | |  | | | | | | | | | | 児童扶養手当 | | | 受けている。　　　　番号  　　　受けていない。 | | | | | | | | | | | | |
| 控除額の特例 | | 時期 | 年　月　日から  　年　月　日まで | 控除額 |  | | 資格 | 年　月　日取得 | | | | | 交付 | 交付　　　年　月　日 | | | | | | | 始期 | 年　月　日 | | | 終期 | 年　月　日 | |
| 年　月　日消滅 | | | | | 変更　　　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | 年　月　日 | |
| 備考 | |  | | | | | 年　月　日取得 | | | | | 再交付　　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | 年　月　日 | |
| 年　月　日消滅 | | | | | 更新　　　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | 年　月　日 | |

(裏)

福祉医療費助成内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証(資格証)  受給者番号 | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| 診療年月 | 入・外別 | 医療機関名又は医療機関番号 | | 給付の種別 | | 総医療費 | 社会保険法令等負担額 | 控除額 | 福祉医療対象額 | 福祉医療費助成額 | | | 附加給付 | | 備考 |
| 支払(助成)決定月日 | 現物 | 償還 | 月日 | 受入額 |
|  | 入、外 |  | | 医、歯、調、柔道整復、県外分、看護移送、治療材料、あんま、はり、きゅう、マッサージ | | 円 | 円 | 円 | 円 |  | 円 | 円 |  | 円 |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |