

様式第14号（第9条関係）

<h3>ひとり親家庭医療費給付申請書</h3>											
年 月 日											
美浜町長 様											
住 所											
申請者 氏 名											
電話番号											
受診者氏名											
受給者番号											
生年月日			年 月 日								
個人番号											

保険診療明細書

診療種別		件数	点数	公費負担額
医科	入院			
	外来			
歯科				
調剤				
その他				
合計				