様式第4号(第4条の2関係)

ひとり親等医療費助成金交付請求書

年　　月　　日

明日香村長　　様

(申請者)　住所　明日香村大字

氏名　　㊞

金　　円

ただし、　　年　　月分　医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証記号・番号		受給者氏名	
加入医療保険名称		加入医療保険記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込口座	銀行 店	種別	普通 当座	番号		フリガナ 名義	

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療等の状況	入院		医療機関：名称　　(所在地　　)		
			日数・期間	総点数	自己負担支払額
			日(　年　月　日～　年　月　日)	点	円
	外来等	①	医療機関等：名称　　(所在地　　)		
			日　数	総　点　数	自己負担支払額
			日	点	円
		②	医療機関等：名称　　(所在地　　)		
			日　数	総　点　数	自己負担支払額
			日	点	円
		③	医療機関等：名称　　(所在地　　)		
			日　数	総　点　数	自己負担支払額
			日	点	円

※確認欄	保険の自己負担割合(1割・2割・3割)	※高額療養費の有無(限度額＿＿＿)

※決定							係	決裁年月日	年　月　日
								交付年月日	年　月　日
								台帳確認	

【自己負担額】　－　【高額療養費】　－　【一部負担金】

(　　円)　－　(　　円)　－　(　　円)　＝支給額　　円

※欄は記入しないでください。