

様式第4号(第6条関係)

子ども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 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>						
金 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span> 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 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 円											

※欄は記入しないでください。