

様式第4号(第6条関係)

重度心身障害者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。