様式第４号（第４条の２関係）

|  |
| --- |
| 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。 |
| 受給資格証受給者番号 |  | 受給者氏名生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　生 |
| 加入医療保険名称 |  | 加入医療保険記号番号 | 　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　 支店　 | 種別 | 普通当座 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ名義 |  |
| ◎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。