

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								
						住所 明日香村大字						
						(申請者) 氏名		印				
金 <input style="width: 100px;" type="text"/> 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 店別		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 <input style="width: 50px;" type="text"/> 円												

※欄は記入しないでください。