

様式第4号(第6条関係)

<p>重度心身障害者医療費助成金交付請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p style="text-align: right;">(申請者) 住所 明日香村大字 氏名 ㊟</p> <p>金 円</p> <p>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。</p>													
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							
<p>なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。</p>													
振込 口座		銀行 店		種別 普通当座		番 号		フリガナ 名義					
<p>◎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。</p>													
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)		-		(円)			

※欄は記入しないでください。