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。