

第4号様式（第5条関係）

子ども・次世代応援医療費助成金交付請求書											
年 月 日											
山 添 村 長 様											
(申請者) 住 所											
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 氏 名							
受 給 者 番 号				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							
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 費 の 外 来 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			
	①	医療機関:名称 (所在地)									
		日 数		総 点 数				自己負担支払額			
		日		点				円			
		医療機関:名称 (所在地)									
		日 数		総 点 数				自己負担支払額			
		日		点				円			
		医療機関: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: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

☆受診時の年齢区分に○を付けてください。

区分	0歳から3歳未満	3歳から就学前	小 学 生	中 学 生	16歳～18歳	～ 20歳
----	----------	---------	-------	-------	---------	-------

※欄は記入しないでください。