

第4号様式（第4条、第2条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書												
										年 月 日		
山添村長 殿				(申請者) 住 所								
										氏 名	印	
金 円												
ただし、平成 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								
受 給 者 番 号				氏 名								
				生 年 月 日		年 月 日						
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	銀行		種	普通	番						フリガナ	
口 座	店		別	当座	号						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 院 外 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		
	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											

※欄は記入しないでください。