

第4号様式（第4条関係）

㊦ 心身障害者 医療費助成金交付請求書

年 月 日

山 添 村 長 殿

(申請者) 住所 山添村大字
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 記号・番号		受給者 氏名	
加入医療保険名称		加入医療 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	ナカナ 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	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
	等	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
		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。