

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

印

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 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 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	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		
		②		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。