

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	
------	-----	----	------	----	--	--	--	--	--	------	--

◎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。

医療費の状況等	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	
医療費の状況等	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	
医療費の状況等	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	
医療費の状況等	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。