

様式第4号(第4条の2関係)

心身障害者医療費助成金支給申請書										年 月 日
河合町長 殿					(申請者)住 所 氏 名 連絡先					
金 <input style="width: 150px;" type="text"/> 円										
ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。										
受給資格証 受給者番号					受給者 氏 名					
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 <input style="width: 150px;" type="text"/> (所在地 <input style="width: 150px;" type="text"/> )								
	日数・期間		総点数			自己負担支払額				
	日(年月日～年月日)		点			円				
	①	医療機関等：名称 <input style="width: 150px;" type="text"/> (所在地 <input style="width: 150px;" type="text"/> )								
	日数		総点数			自己負担支払額				
	日		点			円				
	②	医療機関等：名称 <input style="width: 150px;" type="text"/> (所在地 <input style="width: 150px;" type="text"/> )								
	日数		総点数			自己負担支払額				
	日		点			円				
	③	医療機関等：名称 <input style="width: 150px;" type="text"/> (所在地 <input style="width: 150px;" type="text"/> )								
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 <input style="width: 50px;" type="text"/> )				
※ 決 定						係	決裁年月日	年 月 日		
							支給年月日	年 月 日		
							台帳確認			
【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 ( <input style="width: 50px;" type="text"/> 円) - ( <input style="width: 50px;" type="text"/> 円) - ( <input style="width: 50px;" type="text"/> 円) = 支給額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円										

※欄は記入しないでください。