

子ども
心身障害者 医療費助成金支給申請書
ひとり親家庭等
重度心身障害老人等

(あて先)
平群町長

令和 年 月 日

金 円

住所: 生駒郡平群町

《申請者》氏名:

電話番号:

令和 年 月分 医療費助成金を支給されるよう申請します。

受給者番号		受給者氏名	昭・平・令 年 月 日生	
			記号	番号
医療保険名称 及び保険者番号		医療保険	記号	番号
		記号・番号		

※申請書は、受診月ごとに1枚記入し、領収書の原本(患者名・保険点数などが記載されたもの)を添付してください。領収書がない場合は医療機関等で裏面に証明を受けてください。
申請書は診療月の翌月以降に提出してください。毎月20日までの受付分を、翌月25日に登録口座に振込みます。(振込日が土日祝日の場合はその翌日となります。)

注)以下の欄は記入しないでください。

令和 年 月分

入院	●入院期間(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)			
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担額
		日	点	円
				円

※通院の状況

	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
①		日	点	円	円
②		日	点	円	円
③		日	点	円	円
④		日	点	円	円
⑤		日	点	円	円

※合計※

自己負担額(円) - 高額療養費(円) - 一部負担金(円) = 支給額(円)
付加給付額(円)

※備考※

医療機関等記入欄

令和 年 月診療状況証明書(保険適用分)

受診者名: _____

診療内容	<input type="checkbox"/> 医科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 柔整	<input type="checkbox"/> その他	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外
日数	日(回)	総点数	点	自己負担額	円			
※該当の場合のみ記入：入院期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日								

上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。

医療機関等

所在地
名称
代表者氏名
電話番号

印