

第5号様式

精神障害者医療費助成金(一般・後期高齢者)交付申請書

令和 年 月 日

平群町長 殿

金	円
---	---

住所 生駒郡平群町
 申請者 氏名 _____ 印
 電話番号 _____

ただし、令和 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 受給者番号		受給者 氏名 生年月日	T・S・H・R 年 月 日
加入医療保険名称		加入医療保険 記号番号	記号 ・ 番号

◎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 (一部負担金)	
		日(年 月 日～ 年 月 日)	点	円 (円)	
	外来等	①	医療機関：名称 (所在地)		
			日数	総点数	自己負担支払額 (一部負担金)
			日	点	円 (円)
		②	医療機関：名称 (所在地)		
			日数	総点数	自己負担支払額 (一部負担金)
			日	点	円 (円)
		③	医療機関：名称 (所在地)		
日数			総点数	自己負担支払額 (一部負担金)	
日			点	円 (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。

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	入院区分	<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。

所在地
名称
医療機関等 代表者名 印
電話番号