

子ども等
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