様式第4号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○　金額欄は記入しないでください。  ○　助成金は登録口座に振込いたします。 | 心身障害者医療費助成金支給申請書  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)橿原市長  　金　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | 住所　橿原市　　　　町  申請者　氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| ただし、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 受給者氏名 | | | |  | | | | |
| 加入医療保険の保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 加入医療保険の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 加入医療保険の記号番号 | | | | 記号 | | | 番号 | |
| 医療機関等記入欄 | 表区分 | | | 1　医　3　歯　4　調　5　柔等 | | | | | | | | | | | | | | | 入外区分 | | 1　入院　2　入院外 | | | | |
| 受診者名 | | |  | | | | | | | | | | 年　　月診療分 | | | | | | | 総点数 | | | 点 | |
| 医療機関コード | | | | | | | | | | | | | 日数 | | | | 日 | | | 自己負担額 | | | 円 | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。  年　　月　　日  所在地  医療機関等　名称  氏名　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | 附加給付の有・無  　高額療養費の有・無(限度額　　　　　　)  　所得区分　(一般・低Ⅱ・低Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定欄 | 負担割合  1割・2割・3割 | | | | | | 控除内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担額(　　円)－ | | | | | | | | 附加給付額 | | | | | | | (　　円) | | | | ＝◎支給決定額 | | |  | | |
| 保険給付額又は高額療養費 | | | | | | | (　　円) | | | | 円 | |  |
| 一部負担金 | | | | | | | (　　円) | | | |  | | |
| 助成区分　1　県　2　市 | | | | | | | | | | 支給区分 | | | | 1　対医療機関払  3　高額療養費ペア分 | | | | | | | 2　療養費ペア分  4　償還払 | | | |