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 |