様式第５号(第１２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。 |  | | | | | | | | | 精神障害者 | | | | | | | 医療費助成金支給申請書 | | | | | | | | |
| （宛先）橿原市長    　金　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日      　　　　住所    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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 加入医療保険の | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 加入医療保険 | 記号 | | | 番号 | |
| 医療機関等記入欄 |  | | | 1.医　3.歯　4.調　5.柔 等 | | | | | | | | | | | | | | |  | 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 | 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　(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | ＝ |  | | | |
| 保険給付額又 は高額療養費 | | | | | | ( 円) | | ◎支給決定額 | | 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　　　　　2．療養費ペア分  3．高額療養費ペア分　　　4．償還払 | | | | | | | |