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 |