

㊦ 心身障害者医療費助成金交付請求書

年 月 日

宇陀市長 殿

(申請者) 住 所 奈良県宇陀市

氏 名

印

金 円

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証 記号・番号		受給者 氏 名	年 月 日 生
加入医療保険名称		加入医療 保 険 記 号 番 号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込 口座	銀行 店	種 別	普通 当座	番 号							フリガナ 名義
----------	---------	--------	----------	--------	--	--	--	--	--	--	------------

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療等の 状況	入 院	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)										
		日数・期間					総 点 数			自己負担支払額		
		日(年 月 日~年 月 日)					点			円		
	外 来 等	①	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____)									
			日 数					総 点 数			自己負担支払額	
			日					点			円	
		②	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____)									
			日 数					総 点 数			自己負担支払額	
			日					点			円	
		③	医療機関等:名称 _____ (所在地 _____)									
日 数					総 点 数			自己負担支払額				
日					点			円				

※確認欄 保険の自己負担割合(1割・2割・3割) ※高額療養費の有無(限度額 _____)

※ 決 定							係	決裁年月日	年 月 日
								交付年月日	年 月 日
								台帳確認	
<p>【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 = 支給額</p> <p>(円) - (円) - (円) = 円</p>									

※欄は記入しないでください。