

第4号様式(第5条の2関係)

① 乳 幼 児 ② 子 ど も ③ 障 害 者 ④ ひとり親家庭 ⑤ 重度心身障害者	医療費助成金交付請求書	年 月 日		
香芝市長 様				
(申請者)住 所				
氏 名				
(印)				
金 円 (千円)				
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。				
受給資格証受給者番号		受給者氏名		
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 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	
		日(年月日～年月日)	点	
	外来等	①	医療機関等：名称 (所在地)	
			日数	総点数
		日		点
		②	医療機関等：名称 (所在地)	
			日数	総点数
		日		点
	③	医療機関等：名称 (所在地)		
		日数	総点数	
	日		点	
※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			決 裁 年 月 日	
			年 月 日	
			交 付 年 月 日	
			年 月 日	
		台 帳 確 認		
【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】				
(円) - (円) - (円) = 支給額				
			円	

※欄は記入しないでください。