

第5号様式（第6条関係）

心身障害者医療費助成金支給申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市中心身障害者医療費助成条例施行規則第6条第の規定により、年 月分の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額 金 円

受給者番号		受給者氏名	□申請者と同じ				
加入医療保険の名称		加入医療保険記号番号					
□ 登録している口座に振り込んでください。							
振込先	支払機関名	預金種別	口座番号				
	銀行 支店	普通・当座・その他（ ）					
	農協店番	フリガナ					
	信金	口座名義人					
医療等の状況	入院	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。					
		所在地 医療機関等 名称 氏 名		印			
		日数及び期間	総点数	自己負担支払額			
	日	年 月 日～ 年 月 日	点	円			
	外来等	1	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				
			所在地 医療機関等 名称 氏 名		印		
			日数	総点数	自己負担支払額		
		日		点	円		
		2	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。				
所在地 医療機関等 名称 氏 名			印				
日数			総点数	自己負担支払額			
日			点	円			
3		次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。					
	所在地 医療機関等 名称 氏 名		印				
	日数	総点数	自己負担支払額				
日		点	円				