

第4号様式（第5条関係）

子ども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



電話番号

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 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 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、該当する領収書等を添付してください。 領収書等がない場合は、当該医療機関等で証明を受けてください。								
医療等 の 状 況	入 院	日数・期間		総点数		自己負担支払額		
		日(年月日～年月日)		点		円		
		上記のとおり診療し、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						
	外 来 等	①	日 数		総 点 数		自己負担支払額	
			日		点		円	
			上記のとおり診療し、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					
		②	日 数		総 点 数		自己負担支払額	
			日		点		円	
			上記のとおり診療し、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					
		③	日 数		総 点 数		自己負担支払額	
日			点		円			
上記のとおり診療し、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								
※ 決 定	【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。