

第4号様式（第5条の2関係）

ひとり親家庭等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。