

子ども
心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

下北山村長 様

(申請者) 住所 下北山村

氏名

※欄は記入しないでください

※金 円

ただし、令和 年 月分 医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

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		普通 当座 預金	番号									ふりがな 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 等	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		
		④	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 裁	村長	副村長	課長	係長	係	合 議	決裁年月日	年 月 日
							支給年月日	年 月 日
							台帳確認	年 月 日
	【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。