

第4号様式（第4条、第2条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書																			
										年	月	日							
御杖村長 殿										(申請者) 住 所									
										氏 名									
金										円									
ただし、 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		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、該当する領収証明書等を添付してください。																			
医 院 外 来 の 状 況	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			
	①	医療機関: 名称 _____ (所在地 _____)										日 数		総 点 数		自己負担支払額			
												日		点		円			
		医療機関: 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: 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: 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 定								係	決 裁 年 月 日		年 月 日								
									支 給 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。