

第4号様式（第4条の2関係）

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">障</div> <div>心身障害者医療費助成金支給申請書</div> </div>										
						年	月	日		
御杖村長			殿			(申請者) 住所				
氏名										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 金 円 </div>										
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。										
医療費の状況	入 院	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)								自己負担支払額
		日数・期間		総点数						
		日(年月日～年月日)		点		円				
	①	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)								自己負担支払額
		日数		総点数						
		日		点		円				
		医療機関:名称 _____ (所在地 _____)								自己負担支払額
		日数		総点数						
		日		点		円				
	②	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)								自己負担支払額
		日数		総点数						
		日		点		円				
③	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)								自己負担支払額	
	日数		総点数							
	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			
	<p>【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】</p> <p>(円) - (円) - (円) = 支給額</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; float: right; margin-top: 5px;"></div>									

※欄は記入しないでください。