

第3号様式（第5条関係）

重度心身障害老人等医療費助成支給申請書															
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 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		種 別	普 通 当 座	番 号							フリガナ		
		店											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)													
		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	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				
		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				
	等	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。