第5号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者医療費助成金(一般・後期高齢者)交付請求書  年　　　月　　　日  　御杖村長　殿  (申請者)　住所  氏名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 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 | | | | | |  | |
| ◎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 | | | |
| 外来等 | | | 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 | | | |
| 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 | | 副村長 | | |  | 課長 |  | | 課長補佐 | 課長補佐 | | | 係 | | 決裁年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | 交付年月日 | | 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。