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。