様式第4号（第6条関係）

心身障害者医療費、通院費等助成請求書

年　　月　　日

日南町長　　　　様

請求者　住所　　日南町　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　印

日南町心身障害者医療費、通院費等助成要綱第7条の規定により次のとおり請求します。

助成請求額　　一金　　　　　　　円也

（内訳）（受信者等氏名　　　　　　　　）（請求者との続柄　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療費 | 請求対象期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | |
| 自己負担額 | 入院・入院外 | 円（　　　ヶ月分） |
| 請求額 | 自己負担額　　　　　　控除額  　　　　　　円　－　　　　　　　円　＝　　　　　円 | |
| 添付書類 | 自己負担金領収証 | |
| 通院費等 | 請求対象期間 | 年　　月　　日から　　 　年　　月　　日まで | |
| 通院日数等 | 日　×　　　　　　　円＝　　　　　　　円 | |
| 通所日数等 | （デイ）　　　　　日　×　　　　　円＝　　　　　円  （作業所）　　　　日　×　　　　　円＝　　　　　円 | |
| 添付書類 | 受給者通院費等証明書 | |

※下欄は記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査 | 自己負担金 | 控除額 | 支給額 | 支給決定額 | 支給年月日 |
| 円 | 円 | (A)　　　　円 | (Ａ＋Ｂ)  円 | ・　・ |
| 通院日数 | 通所日数 | 支給額 |
| 円 | 円 | (B)　　　　円 |