

**【重度心身障害老人等】  
医療費助成金交付請求書**

年 月 日

斑鳩町長様

申請者 住所 斑鳩町

氏名

電話番号（ ）

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。

		生年月日	年 月 日	確認欄	保険給付（ /10） 附加給付の有無 高額療養費の有無 所得区分 （一般・低Ⅰ・低Ⅱ）
受給資格証の 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ください。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	本店・支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
名義人	フリガナ		

医療機関等記入欄	医療状況書		年 月分	該当制度：重度心身障害老人等医療		
	入院	入院日数： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）				
		総点数 A	自己負担額 B		一部負担金 D	
	外来	通院日数： 日				
		総点数 A	自己負担額 B	薬剤一部負担金 C	一部負担金 D	
上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。 医療機関等 所在地 名称 氏名 <small>※氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ場合は、 本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。</small>						

決定	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	附加給付額 高額療養費 一部負担金相当額
	（ 円） - （ 円） - （ 円） =	

入 検

下欄に、領収書を糊等で貼り付けてください。  
(医療費助成金交付請求書1枚につき、月毎、医療機関毎に貼付けをお願いします。)