

心身障害者医療費助成金交付請求書

年 月 日

斑鳩町長様

申請者（扶養義務者） 住所 斑鳩町
氏名
TEL（ ）

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）
受給資格証の 受給者番号	受給資格者 氏名			所得区分 上Ⅰ(7)・上Ⅱ(4)・ 一般Ⅱ(7)・一般Ⅰ(1)・ 低Ⅰ(4)
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	カガナ		

医療機関等記入欄 （※領収書添付の場合は記入不要）	医療状況書	年 月分	該当制度：心身障害者医療			
	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

※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。

決定	自己負担額	高額療養費 附加給付額	一部負担金相当額	支給決定額
	（ 円） - （ 円） =	（ 円）	（ 円） =	

入 検

(裏面)

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。)