第５号様式（第４条関係）

【老人　乳児　幼児　障害　母子】

医療費助成金交付請求書

平成　　年　　月　　日

斑鳩町長　殿

申請者　住　所　生駒郡斑鳩町
氏　名　　印
TEL　（　　）

金　　円

ただし、平成　　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	T,S,H　　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）
医療証受給者番号又は受給資格証記号番号		受給者（又は乳児・幼児）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	ﾌﾘｶﾞﾅ		

医療機関等記入欄

医療状況書	平成　　年　　月分	該当制度：老・乳・幼・障・母

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（※老･幼）　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（※老･幼）　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　　印

決定

町長	助役	部長	課長	補佐	係長	係	決裁年月日	平成　年　月　日
							交付年月日	平成　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	支給額
（　　円）－（	（　　円）－（	円）　＝	

入		検	