様式第4号（第5条関係）

入院

外来

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 |  |  | |  | |  | |  | 受付 | 年　　月　　日 | |
| 伺 | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | |  | |  |
| 決定 | 年　　月　　日 | |
| 支給 | 年　　月　　日 | |
| 助成内訳 | 一部負担金の額 | | 控除額内訳 | | | | | | | | 交付決定額 |
| 付加給付額 | | その他 | | 控除(足切)額 | | | 控除額計 |
|  | | 円 | | 円 | | 円 | | | 円 | 円 |

重度心身障害者医療費助成申請書

年　　月　　日

椎葉村長　　　　　殿

住所　椎葉村

申請者

氏名　　　　　　　　㊞

年　　月分の医療費　　　　助成されたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 受給資格者証記号番号 |  | 加入保険 | 世帯主又は被保険者氏名 |  |
| 氏名 |  | 保険証記号  番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| この欄は、お手数ですが医療機関においてご記入願います。 | 年　　月診療　　　入院・外来 | | | |
| 診療実日数 | 総点数 | 保険以外公費点数 | 一部負担金受領額 |
| 日 | 点 | 点 | 円 |
| 上記の一部負担金を受領いたしました。  年　　月　　日  所在地  医療機関等の　　名称  氏名　　　　　　　　㊞ | | | |

注　太字枠内は記入しないこと。