

子ども
重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成金交付請求書

年 月 日

桜井市長様

(注)※欄は、記入しないでください。

※金

円

住所
申請者氏名
電話番号

ただし、年 月分 子ども 重度心身障害者 ひとり親家庭等 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。

受給資格証 受給者番号		受給者氏名	年 月 日生
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。

振込 口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	番号	フリガナ 名義
----------	------------------	-----------------	----------	----	------------

※ 医療状況書		年 月 分	該当制度(子・障・ひとり)	
医療 機関 等 記 入 欄	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 C
	点		円	円
	外 来	通院日数： 日		
		総点数 A	自己負担額 B	一部負担金 C
	点		円	円
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	

確認欄	保険の自己負担割合 (2割 ・ 3割)	附加給付の有無 ()
	高額療養費の有無 (限度額 円)	所得区分 (上位 ・ 一般 ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ)
	他公費の有無 ()	

※ 自己負担額	(円) - 附加給付額 (円) - 一部負担金相当額 (円) = 支給額	円
※ 交付年月日	年 月 日	※ 台帳整理

月 日	
検 収	