

様式第4号(第5条関係)

○金額欄は記入しないでください。  
○助成金は登録口座に振込いたします。

71・73 子 ど も 81・83 心身障害者 91・93 ひとり親家庭等										医療費助成金支給申請書												
(宛先) 榎原市長										令和 年 月 日												
金 円										住所 榎原市 町												
申請者 氏名										電話番号												
ただし、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。																						
受給者番号										受給者氏名												
加入医療保険の 保 険 者 番 号										生 年 月 日					昭・平・令 年 月 日							
加入医療保険の 名 称										加入医療保険 の 記 号 番 号					記号 番号							
医療 機関 等 記 入 欄	表 区 分		1. 医 3. 歯 4. 調 5. 柔 等								入 外 区 分		1. 入院 2. 入院外									
	受診者名										令和 年 月診療分		総 点 数		点							
	医療機関コード								日 数		日		自己負担額		円							
	上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。																		令和 年 月 日			
所在地 医療機関等 名 称 氏 名 電話番号																		印				
確 認 欄	附加給付の有・無 高額療養費の有・無（限度額 ） 所得区分 （一般・低Ⅱ・低Ⅰ）																					
決 定 欄	負担割合 1割・2割・3割				控除内容																	
	附加給付額 ( 円)																					
	自己負担額( 円)－ 保険給付額又は高額療養費 ( 円) = ◎支給決定額 <div>円</div>																					
	一部負担金 ( 円)																					
助成区分 1. 県 2. 市				支給区分				1. 対医療機関払 3. 高額療養費ペア分				2. 療養費ペア分 4. 償還払										