様式第4号(第5条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 月額控除単価 | 控除額計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

重度障がい者(児)医療費助成申請書(請求書)

年　　月　　日

　　新富町長　殿

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　印

TEL　(　　　)　　　―

　　　　　年　　月分の医療費　入院　・　外来　助成されたく申請(請求)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 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 保険名 | 政・組・日・船・共・国・後高 |
| 振込希望金融機関名 | 　 | 口座名義（カナ） | 　 |
| 支　店　名 |  | 当座・普通 | 口座番号 |  |
| この欄は、お手数ですが、医療機関において御記入願います。 | 　　　　　　年　　　　　　　　月　　　診療　　　　　　入院　・　外来 |
| 診療実日数 | 総点数 | 保険以外公費点数 | 一部負担金等受領額 |
| 日 | 点円 | 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」　太線枠内は記入しないこと。

　　　　一部負担金等受領欄には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。

新富町

注意　助成を受ける場合、必ず受診後1年以内に申請してください。(1年を超えると助成できません。)