|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　裁 | 課　　長 | 課長補佐 | 係　長 | 担当者 | 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 |
| 附加給付額 | その他 | 控除（足切）額 | 控除額計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

様式第４号（第５条関係）

重度障害者医療費助成申請書（請求書）

　　　年　　　月　　　日

川南町長　　様

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号（　　　）　　　―

　　　　年　　月分の医療費　　入院入院を助成されたく申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 受給者番号 |  | 加 入 保 険 | 世帯主又は被保　険　者　氏　名 |  |
| 氏名 |  | 記号・番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険名 | 政・組・日・船・共・国・後 |
| 払込希望機関名 |  | 口座番号口座名義 |  |
| 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　　　　　　　　　 　　印 |

注意事項

(１)　この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて、医療機関等の証明を受けて、翌月の10日から20日までに、町長に提出してください。

(２)　この助成の対象は、診療報酬に定められた保険給付の範囲とします（例えば、特別室料、付き添い給食費等は対象になりません。）。

(３)　自己負担金未払いの場合は、この証明はできません。