|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。