第２号様式（第４条の２関係）

子育て支援 医療費助成金交付請求書

年　　月　　日

御　杖　村　長　　殿

（申請者）住所　御杖村大字

氏名　　㊞

ＴＥＬ

金　　円

ただし、　　年　　月診療分　医療費助成金を上記のとおり請求します。

受給者氏名		生年月日	年　月　日
加入医療保険名称	□ 国民健康保険 □ 社会保険（健康保険、共済等）	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下さい。※支給申請時の口座に希望の場合記載不要

振込口座	ＪＡ,銀行　店	種別	普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ名義	

医療機関等記入欄

【医療状況書】　　年　　月診療分

入院

入院日数：　　日（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

総点数	自己負担額	一部負担金
点	円	円

外来

通院日数：　　日（医科・歯科・調剤・整骨・その他）診療区分を○で囲んで下さい

総点数	自己負担額	薬剤一部負担金	一部負担金
点	円	円	円

上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。

所在地

医療機関等　名　称

氏　名　　㊞

確認欄	保険の自己負担割合（1割・2割・3割）	付加給付の有無（　　）
	高額療養費の有無（限度額　　）	所得区分（　一般・低Ⅰ・低Ⅱ　）

決定

村長	参事	課長	課長補佐	係	決済年月日	年　月　日
					交付年月日	年　月　日
					台帳確認	年　月　日

【自己負担額】－【高額療養費等】－【一部負担金】＝支給額

（　　円）－（　　円）－（　　円）＝　　円