

41 老人
 71 乳幼児・子ども
 81 心身障害者
 91 ひとり親家庭等
 重度心身障害者老人等

医療費助成金交付請求書

年 月 日

葛城市長 様

申請者 住所 奈良県葛城市

氏名 ㊟

TEL -

年 月分 医療費助成金を交付されるよう請求します。

受給者番号		受給者氏名	フリガナ
加入医療保険名称及び記号番号		生年月日	T. S. H 年 月 日生

なお、医療費助成金は次の金融機関に振り込んでください。

振込口座	
------	--

【医療状況書】 ■ 年 月分 (県内・県外) ■ 点数表区分 (医科・歯科・調剤・訪問・柔整)

医療機関等記入欄	入院	入院日数 (日 ~ 日)	総点数	自己負担額
		日	点	円
	外来	通院日数	総点数	自己負担額
		日	点	円

上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。

所在地 医療機関等 名称 氏名 ㊟

確認欄 高額療養費の有無 (限度額 円)

自己負担額	高額療養費	一部負担金	支給額
<input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円

決裁年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
台帳確認	<input type="checkbox"/>