

73 子 ど も  
81 心身障害者  
91 母 子  
重度心身障害老人等

# 医療費助成金交付請求書

年 月 日

葛城市長 宛

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		フリガナ	
加入医療保険名称及び記号番号	受給資格証交付申請時の <b>届出医療保険と同じ</b> (変更されている場合は別途届出が必要です)	受給者氏名	
		生年月日	T. S. H. R 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	受給資格証交付申請時の <b>届出口座と同じ</b> (変更希望される場合は別途届出が必要です)
------	---

【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
円	円	円	円

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