様式第4号(第5条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　　付 | 年　　　月　　　日　 | 通　　知 | 年　　　月　　　日　 |
| 決　　裁 | 年　　　月　　　日　 | 支　　給 | 年　　　月　　　日　 |
| 支　給内　訳 | 申請(請求)額　① | 附加給付額　② | その他の控除額　③　 | 助成決定額①－(②＋③) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 助成できない理由 | 1　6箇月経過　　　　2　支払済(　月　日)　　　　3　その他(　　　　　　) |

※　太枠部分は必ずお書きください

|  |
| --- |
| 医療費助成申請書(請求書) |
| 　 | 　 | 子ども | 　 |
| 　 | 母子家庭等 | 　 | 金額　　　　　　　　　　円 | 　 |
| 　 | 重度心身障害者 |
| 　下記のとおり領収書を添えて申請します。 |
| 受給資格証番号 | 　 | 加入医療保険 | 記号番号 | 　 |
| 氏名(生年月日) | 年　　月　　日 | 種　類 | １．国保　２．政管　３．組合４．船員　５．共済 |
| 　　　　　年　　月　　日　　池 田 町 長　　　　殿　　　　　　 　(申請者)　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 領収書 |
| 　 | 　 | 子ども | 　 | 診療区分 | 医　 歯　 入院 　入院外 | 　 |
| 　 | 母子家庭等 | 保険診療点数 | 点 |
| 　 | 重度心身障害者 | 診療実日数 | 入　院　　　　　　　　日入院外　　　　　　　　日　計　　　　　　　　　日 |
| 　 |
| 入院時食事療養費 | (　　日)　　　　　　　円 |
| 　 | 金額　　　　　　　 円 | 　 |
| 　　ただし、　　　　年　　月分保険診療一部負担金及びその他の負担金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(入院時食事療養費．訪問看護．療養費等)　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　殿　　　　　　　 　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |