

精神障害者医療費助成金交付請求書

平成 年 月 日
田原本町長 殿
(申請者) 住 所 磯城郡田原本町

氏 名 印
電話番号

金

円

ただし、平成 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受 給 資 格 証 受 給 者 番 号		受 給 者 氏 名	
加 入 医 療 保 険 名 称		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。 ※登録済みの場合は記入不要です。

振 込 口 座	銀行・農協・ 信金・信組 本店・支店・ 出張所	種 別	普通 当座	番 号											フリガナ 名 義	
------------	----------------------------------	-----	----------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療費の状況	入院	医療機関:名称		(所在地)		
		日数・期間	総点数	自己負担支払額		
		日(年 月 日～ 日)	点	円		
	外来等	①	医療機関:名称		(所在地)	
			日数	総点数	自己負担支払額	
			日	点	円	
		②	医療機関:名称		(所在地)	
			日数	総点数	自己負担支払額	
			日	点	円	

※確認欄		保険の自己負担割合（1割・2割・3割）						※高額療養費の有無（限度額）						
※決定	部長	次長	課長	主幹	課長補佐	係長	係	決 裁 年 月 日	年 月 日					
								交 付 年 月 日	年 月 日					
								台 帳 確 認						
	【自己負担額】－【高額療養費】－【一部負担金】													
	(円) － (円) － (円) ＝ 支給額												円	

※欄は記入しないでください。

この様式は、奈良県外で受診したときや、受給資格証を医療機関で提示しなかったときに使用します。 ※

※ 県内でも、一部の診療機関(マッサージ等)では、自動償還されない場合があります。
診療機関でご確認ください。

○ 住所、氏名を記入し、押印してください。

○ 領収書(医療点数が表示されているもの)、受給資格証、健康保険証を持参してください。領収書の原本はお返しします。

○ 登録済みの振込先に変更がない場合は、口座等の記入は不要です。

※領収書がない場合は、医療機関で、医療機関の名称・点数等を記入してもらってください。医療機関の押印も必要です。

【領収書がない場合の記入例】

医療費 の 状 況	入院	医療機関: 名称 _____ (所在地 _____)			
		日数・期間	総 点 数	自己負担支払額	
		日 (年 月 日 ~ 日)	点	円	
	外来等	①	医療機関: 名称 ○ ○ 医 院 印 (所在地 ○ ○ 市 △ △ 町 × × 番地)		
			日 数	総 点 数	自己負担支払額
			6 日	1,000 点	3,000 円
		医療機関: 名称 _____ (所在地 _____)			

領収書がない場合は、医療機関の印が必要です。

●お問い合わせ●

田原本町役場 住民保険課 福祉医療係 TEL0744-34-2096 (直通)