

第4号様式(第7条関係)

| | | | | |
|--------------------|--|---|--|-----------|
| 医療費助成金支給申請書 | | | | 年 月 日 |
| 浪江町長 | | | | |
| 申請者 | | 住所 | | |
| | | 氏名 (印) | | |
| 登録番号 | | 対象者名 | | 1 入院 2 通院 |

(入院・通院該当に○)

| | | | | | |
|----------------|---------|--|------|---------|--------|
| 保険診療証明書 | | | | | |
| 年 月診療分 | | | | | |
| 保険診療点数 | | | 受領金額 | | |
| 合計 | 食事療養費以外 | 食事療養費分 | 合計 | 食事療養費以外 | 食事療養費分 |
| 点 | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 入院・通院の別 | | 診療日数 | 入院期間 | | 食事回数 |
| 入院 | 通院 | 日 | 月 日～ | 月 日 | 回 |
| 公費負担医療等 | | 育成・養育・精神・特病・その他 | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 医療機関 | | 所在地 | | | |
| | | 名称 | | | |
| | | 代表者 (印) | | | |

| | |
|--|--|
| 高額療養費支給に関する申立書 | |
| 本件は、高額療養費に該当していないことを申し立てます。 | |
| 年 月 日 | |
| 申立者 (印) | |

| | | | |
|------------|---------------|------------|------------------|
| 助成申請額 ① | 高額療養費支給額 ② | 付加給付額 ③ | 支給決定額 (①-②-③) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |