

請求書は、受診月ごと(医院・薬局も併せて)に1枚記入し、領収書の原本(受給者名、保険点数が記入されたもの)を添付してください。 ※領収書がない場合は裏面に証明を受けてください。
毎月15日までの受付分は翌月15日に振込みます(振込予定日が土日祝日の場合は、前日になります)。

子ども
心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成金交付申請書

(あて先) 令和 年 月 日
生駒市長

金 円 申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

平・令 年 月分 医療費助成金を交付されるよう申請します。

受給者番号	受給者氏名	昭・平・令 年 月 日生
医療保険名称及び 保険者番号	医療保険 記号・番号	記号 番号

なお、助成金の振込は

次の口座へ振り込んでください。

振込 口座	銀行	本店	口座 番号	1 普通	リカナ
	信用金庫	支店		2 当座	名義
	信用組合 農協			3 貯蓄	

自動償還登録口座へ振り込んでください。

学校の怪我である はい いいえ

※以下の欄は記入しないでください。

※ 入院の状況		入院期間(平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで)				
医 療 費 の 状 況	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	※ 通院の状況					
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
	日	点	円			
医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
	日	点	円			
医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
	日	点	円			
合計				円		

自己負担額	附加給付額 (円)	一部負担金	支給額	円
(円)	-	(円)	=	
	高額療養費 (円)	(円)		円

医療費助成金の申請期間は5年です。

※点検

医療機関等記入欄

様分
 平・令 年 月 診療状況証明書
 (保険適用分)

日数	日 (回)
期間	平・令 年 月 日から
	平・令 年 月 日まで

※ 該当する欄にチェックしてください。

診療内容	<input type="checkbox"/> 医科	<input type="checkbox"/> はり・きゆう	入 外 区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	医療費等内訳	総点数	点
	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> あんま・マッサージ				柔整・はり・きゆう・ マッサージ総医療費	円
	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他				自己負担額 (自費は除く)	円
	<input type="checkbox"/> 柔整						

上記のとおり診察し、自己負担額を領収しました。

所在地
 医療機関等 名称
 氏名
 電話番号

印