

(様式第1号)

公費負担医療自己負担額支給申請書兼請求書

年 月 日

加西市長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄 ()
電話番号

下記のとおり、関係書類を添えて支給申請及び請求をします。

対象者氏名		対象者生年月日	年 月 日
-------	--	---------	-------

公費の種類	<input type="checkbox"/> 自立支援医療（育成医療・精神通院） <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療 <input type="checkbox"/> 指定難病に対する特定医療 <input type="checkbox"/> 肝炎治療特別促進事業 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	---

なお、この支給金については、下記口座へ振込んでください。

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	口座名義	(カナで記入して下さい)					
			口座番号						
			口座種別	普通	当座	貯蓄			

○添付する資料

- ・公費医療受給者証の写し
- ・公費負担医療の自己負担額領収書

(事務処理欄) ※記入しないでください

福祉医療 制 度	<input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 重度障害者等	<input type="checkbox"/> こども <input type="checkbox"/> 母子家庭等	受給者番号		受診月	年 月
-------------	--	--	-------	--	-----	-----

医療費総額	医療保険の 給付額	本来の 一部負担額	公費負担額	公費負担医療 自己負担額 (本人支払額)	参 考 (自己負担限度額)