

子 ども
奈良市 心身障害者 医療費助成金交付請求書
ひとり親家庭等

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

請求者 住 所 奈良市

氏 名

電 話

金 円

ただし、 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。

受給者番号		受給者氏名	フリガナ	
			生年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日	
医療保険 名 称		医療保険 記号番号	記号	番号

医療機関等の領収証を添付してください	※ 入院の状況		入院期間 (平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日)		
	医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円
	※ 通院の状況				
	① 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円
	② 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円
	③ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円
④ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金	
	日	点	円	円	
⑤ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	一部負担金	
	日	点	円	円	
合計	日数	総点数	自己負担額	一部負担金	
	日	点	円	円	

【自己負担額】 (円) - 【高額療養費】 (円) - 【一部負担金】 (円) = 支給額 円

※欄は記入しないでください。

医療費助成金の請求権は5年・高額療養費は2年で時効になります。