

様式第1号（第6条関係）

加古川市自立支援医療費（育成医療）自己負担額助成金支給申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者氏名
(受給者)

--

下記のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、市が私、私の配偶者、申請に係る障がい児（者）、その配偶者及び扶養義務者の市民税課税状況を調査することに同意します。

受給者	フリガナ											生年月日	年 月 日			
	氏 名															
	住 所	〒 —										電話 () —				
	個人番号															
受診者	フリガナ											生年月日	年 月 日			
	氏 名															
	住 所	〒 —										電話 () —				
	個人番号															
受給者番号											自立支援医療受給者証に記載された自己負担上限額			(円)		
指定自立支援医療機関名		病院又は診療所名														
		薬局名														
		訪問看護事業所名														
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日														
診療年月		年 月 ~ 年 月														
助成申請額		円										※裏面に助成申請額の算定欄あり。				

申請書提出者	☐ 受給者本人（下記の欄への記入不要） ☐ 受給者本人以外（下記の欄に記入）															
フリガナ											申請者との関係					
氏 名																
住 所	〒 —										電話 () —					

〈注意事項〉

指定自立支援医療機関の発行した領収証を添付してください。

《裏面に続く→》

助成申請額の算定欄

診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
診療年月	診療区分	☐ 入院	☐ 入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円
	助成申請額 の 合 計	円	