

様式第1号（第4条関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金交付申請書

第 号
年 月 日

（あて先）

埼玉県知事

市町村長

下記のとおり、年度重度心身障害者医療費支給事業補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円

2 関係書類

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金交付申請額
算定調書
別紙のとおり

別紙

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金交付申請額算定調査書

1 対象者数調（本年度対象予定者数）

区分 保険種別	身体障害者	知的障害者	精神障害者	総数	備考
国保					
社保					
後期高齢者医療					
合計					

2 所要額算出明細書

区分 保険種別	一部負担金 等の額 A	附加給付 の額 B	高額療養費 の額 C	支給予定額 (A-B-C) D	備考
国保					
社保					
後期高齢者医療					
合計					

3 県費補助申請額

支給予定額 E	収入見込額 F	県費補助基本 額(E-F) G	補助率 H	県費補助申請 額(G×H) I	備考
			/		

様式第1号の2（第4条の2関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金変更交付申請書

第 号
年 月 日

（あて先）

埼玉県知事

市町村長

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金については、
年 月 日付け 第 号で交付決定を受けたところですが、その後の事情変更により、交付額を下記のとおり変更されたく申請します。

記

1	今回変更交付申請額	金	円
〔	内訳		
	既交付決定額	金	円
	差引今回所要額	金	円
〕			

2 変更を必要とする理由

3 関係書類

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金変更交付申請
額算定調書
別紙のとおり

別紙

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金変更交付申請額算定調書

1 対象者数調（本年度対象予定者数）

区分 保険種別	身体障害者	知的障害者	精神障害者	総数	備考
国保					
社保					
後期高齢者医療					
合計					

2 所要額算出明細書

区分 保険種別	一部負担金等 の額 A	附加給付の 額 B	高額療養費 の額 C	支給予定額 (A-B-C) D	備考
国保					
社保					
後期高齢者医療					
合計					

3 県費補助申請額

支給予定額 E	収入見込 額 F	県費補助 基本額 (E-F) G	補助率 H	県費補助 申請額 (G×H) I	既交付 決定額 J	差引今回 申請額 (I-J) K	備考
			/				

様式第2号（第6条関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

市町村長 様

埼玉県知事 (公印省略)

年 月 日付け 第 号で申請のあった
年度重度心身障害者医療費支給事業補助金については、下記のとおり交
付します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 支払方法 概算払い
- 3 条件

- (1) この事業の内容変更（支給に関する条例等）をした場合は、知事の承認を受けること。
- (2) この事業の支給費に充当すること。
- (3) この事業の遂行が困難となった場合は、速やかに知事に報告すること。

様式第2号の2（第6条関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金変更交付決定通知書

第 号
年 月 日

市町村長 様

埼玉県知事 (公印省略)

年 月 日付け 第 号で交付決定した
年度重度心身障害者医療費支給事業補助金について、年 月
日付け 第 号の変更交付申請に基づき、決定の内容の
一部を下記のとおり変更することに決定したので通知します。

記

- 1 変更交付決定額 金 円
(内 追加(減額)交付決定額 金 円)
- 2 支払方法 概算払い
- 3 条 件
 - (1) この事業の内容変更(支給に関する条例等)をした場合は、知事の承認を受けること。
 - (2) この事業の支給費に充当すること。
 - (3) この事業の遂行が困難となった場合は、速やかに知事に報告すること。

様式第3号（第9条関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金実績報告書

第 号
年 月 日

（あて先）

埼玉県知事

市町村長

年 月 日付け 第 号で補助金の交付決定
を受けた重度心身障害者医療費支給事業の 年度における実績に
ついて、補助金等の交付手続等に関する規則第13条の規定により、下
記の関係書類を添えて報告します。

記

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金精算調書
別紙のとおり

別紙

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金精算調書

1 受給者数等調 (年度末現在数)

区分 保険種別	身体障害者	知的障害者	精神障害者	総数	支給件数	備考
国保						
社保						
後期高齢者医療						
合計						

2 支給状況調

区分 保険種別	一部負担金等の額 A	附加給付 の額 B	高額療養費の額 C	支給費総額 (A-B-C) D	備考
国保					
社保					
後期高齢者医療					
合計					

3 県費補助所要額調

支給費総額 E	収入額 F	県費補助基本額 (E-F) G	補助率 H	県費補助所要額 (G×H) I	交付決定額 J	差引過(△)不足額(I-J)		備考
						不足額K	超過額L	
			/					

様式第4号（第10条関係）

年度重度心身障害者医療費支給事業補助金交付確定通知書

第 号
年 月 日

市町村長 様

埼玉県知事 (公印省略)

年 月 日付け 第 号の交付決定通知に基づき、
年度重度心身障害者医療費支給事業補助金については、
年 月 日付け 第 号の事業実績報告書に基づき、
下記のとおり交付額を確定したので通知します。

記

1	交付確定額	金	円
2	交付決定額	金	円
3	差引過(△)不足額	金	円