様式第4号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

年　月　日

杉戸町長　　あて

住　所

氏　名　　㊞

(電話　　)

下記のとおり杉戸町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

一部負担金の額　円 内訳　保険診療　円 外来薬剤一部負担金　円 その他　円	附加給付の額 高額療養費の額	円	助成請求額	円	

受給者	受給者証記号番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふりがな 氏名			記号番号	
	生年月日	年　月　日		名称	

領収書

入院　日	外来　日

¥

ただし、　年　月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額　円を含む)
外来薬剤一部負担金並びに食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

¥

ただし、外来薬剤一部負担金

年　月　日

あて

医療機関所在地(住所)

名　称

氏　名　　㊞

注1　上部請求書欄は、申請者が記入してください。
2　下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
3　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

決裁						受付	年　月　日
						支給	年　月　日