様式第４号の２(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　　㊞
電話番号

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。

診　療　科		科	
助成請求額	入　　院	日分	保険診療一部負担金　　円
	外　　来	月～　　月分	保険診療一部負担金　　円
	合　　計		円
受給者	氏　　名		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	受給者証番　　号		

（注）　この請求書は、後期高齢者医療制度加入者にかかる医療費を請求する場合に記入してください。

決裁						受　　付	年　　月　　日
						支　　給	年　　月　　日