

記入例

領収書を添付するか、様式第4号（第5条関係）の様式にて
医療機関で証明を受けてください。

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

記入日と記入者の情報を
記入してください。

住 所 杉戸町清地2-9-29
氏 名 杉戸 花子
電話番号 0480-33-1111

杉戸

下記のとおりに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 金 額	入 院	日分	保 険 診 療 一部負担金 円
	外 来	月分	保 険 診 療 一部負担金 円
	合 計		円
受 給 者	氏 名	杉戸 花子	
	生年月日	昭和 〇〇 年 △△ 月 ×× 日	
	受給者証 番 号	1 2 3 4 5 6 7	

(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

オレンジ色の受給者証の
情報を記入してください。

決 裁						受 付	年 月 日
						支 給	年 月 日

※月ごと（医療と歯科は別）、入院・外来ごとに、
請求書を1枚ずつ提出してください。