

<div>記入例</div>										重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）																			
年 月 日																													
杉戸町長 あて																													
住所										杉戸町清地2丁目9番29号																			
氏名										杉戸 太郎																			
電話番号										0480-33-111																			
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。																													
外来・調剤の別										自立支援医療																			
むらさき色の受給者証の内容を記入してください。					円					加入している医療保険の情報を記入してください。					円														
					円										円														
					円										円														
請求額										円																			
受給者					給者証番号					1234567					加入医療保険					世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名					杉戸 一郎				
					ふりがな					すぎと たろう										記号番号					1234-9876543				
					氏名					杉戸 太郎										名称					〇〇健康保険組合				
					生年月日					昭平 10年 1月 1日																			

										外来 日									
領 収 書																			
¥ (内 自立支援医療（公費21）¥ )																			
ただし、 年 月分の保険診療一部負担金																			
保険診療 総点数		点		内 自立支援医療適用の診療分 A										点					
				内 その他の診療分（内科等） B										点					
上記 A欄 の点数の内、 自立支援医療（公費21）の負担分点数										点									
年 月 日																			
医療機関等所在地（住所） 様 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。

決 裁					受 付	年 月 日			
					支 給	年 月 日			