

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 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。									
外来・調剤の別				自立支援医療 受給者番号					
一部負担金の額		円		附加給付の額 高額療養費の額		円		助成請求額	
内訳 保険診療		円							
その他		円							
受 給 者	受給者証 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					記 号 番 号			
	氏 名								
	生年月日	年 月 日				名 称			

				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