

## 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 内訳 保険診療 その他		円	附加給付の額 高額療養費の額	円	助成請求額	円				
		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 氏 名				記 号 番 号					
	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					
様		医療機関等所在地 (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。

決 裁				受 付	年 月 日	
					支 給	年 月 日