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

診療年月

医療の種類に
丸をつけてください。

下記のとおり杉戸町重[illegible]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。

年　　月　分	外来　入院　訪問看護　柔道整復・マッサージ その他（　　）

受給者	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	受給者証番　　号	

（領収書添付欄）

オレンジ色の
受給者証の内容

（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。

【担当処理欄】	資格確認	高額確認		支給月	仕分け
	確認	照会あり	照会なし	年　　月	後期