

様式第4号の3 (第5条関係)

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 へ			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。										
年 月 分			自立支援医療 受給者番号							
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				

【確認事項】

複数の月の分をまとめていないか? (はい いいえ)

領 収 書				外来	日
¥ _____ (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	印	
			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。

【担当処理欄】	資格確認		高額確認		支給月	仕分け		
	確認	69歳以下 70歳以上	照会あり	照会なし	年 月	国保	後期	社保