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　　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。

診療年月

	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	むらさき色の受給者証の内容			記　号　番　号	加入している保険の情報						
	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　）

ご確認ください。

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　　印

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