


様式第6号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書				年 月 日
吉見町長 様		住 所 吉見町 氏 名 (電 話)		
下記のとおり吉見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。				
入院・外来・調剤の別		診 療 科		
一部負担金の額	円	附加給付 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 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	

領 収 書		入院 日	外来 日
¥ _____			
ただし、 年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。)			
食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
年 月 日			
医療機関等所在地(住所)			
名 称			
氏 名			
様			
			

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。
- 注 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
- 注 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を記入して下さい。