

様式第6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

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。

外 来 ・ 調 剤 の 別		自 立 支 援 医 療 受 給 者 番 号						
一 部 負 担 金 の 額	円	附 加 給 付 の 額	円	助 成 請 求 額		円		
内 訳 保 険 診 療	円	高 額 療 養 費 の 額	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 名		記 号 番 号					
	生 年 月 日		年 月 日	名 称				

領 収 書

¥ _____

ただし、 年 月 分の保険診療一部負担金

保険診療	点	内 自 立 支 援 医 療 適 用 の 診 療 分 A	点
総点数		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 2 1) の 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。