

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

吉見町長 様

住 所 吉見町大字

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。

助成請求額	入 院	日分	保険診療一部負担金	円
		(食事療養費算定日数 日)	食事療養標準負担額	円
	外 来	月～ 月分	保険診療一部負担金	円
			外来薬剤一部負担金	円
合 計			円	
受 給 者	氏 名			
	健康手帳(医療受給者証)番号			

注 この請求書は、65歳以上の対象者(健康手帳所持者)にかかる医療費を請求する場合に記入してください。