

記入例

様式第 4 号の 2 (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)									
小川町長 宛		・申請日		●●年 ●●月 ●●日					
		・申請者の住所、氏名、電話番号を記入		住所 小川町大字大塚55 氏名 小川太郎 (電話 ●●—●●●●●●)					
<p>下記のとおり小川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。併せて医療費の支給認定にあたり必要があるときは、保険者その他公官署等に高額療養(医療)費、付加給付、他法負担分等を照会することに同意します。</p>									
外来・調剤の別		自立支援医療受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
一部負担金の額	円	附加高額の自立支援医療受給者証の番号を記載	円				助成請求額	円	
内訳 保険診療	円								
その他	円								
受給者証番号	1234567		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名		小川太郎		健康保険証等に記載された保険情報を記入	
ふりがな氏名	おがわたろう 小川 太郎			記号番号		12345			
生年月日	平成5年4月1日			名称		小川町			

領 収 書			
<p>重度心身障害者医療費受給者証の番号を記入</p>			
<p>医療機関が発行した領収証を添付または、医療機関で証明を受けてください。</p>			
<p>¥</p> <p>ただし、 年 月分の保険診療一部負担金</p>			
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
<p>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</p>		点	
<p>年 月 日</p>			
<p>様</p>		<p>医療機関等所在地 (住所) 名称 氏名</p>	

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
- 注 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
- 様式第 5 号の次に次の 1 様式を加える。

記載内容でご不明な場合は空欄のまま、医療機関でお支払いした領収書をお持ちになり窓口へお越しください。

【重要】
自立支援医療(公費21)の負担分点数が記載された領収書であることを確認してください。