

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 ・申請者の住所、 氏名、電話番号を記入		●●年 ●●月 ●●日					
				住所 小川町大字大塚55 氏名 小川太郎 (電話 ●●-●●●●)					
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。									
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 内訳 保険診療 その他の	円 円 円	附加 高額	自立支援医療受給者証 の番号を記載				円	助成請求額	
受 給 者	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		記号番号		12345			
	生年月日	小川 太郎		名称		小川町			
重度心身障害者医療費 受給者証の番号を記入									
領 収 書									
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。									
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				

- 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。

様式第5号の次に次の1様式を加える。

【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。

**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。**