

様式第4号の2 (第5条関係)

<b>重度心身障害者医療費請求書 (精神通院医療費)</b> 年 月 日 小川町長 宛 住所 氏名 (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						
一部負担金の額 内訳 保険診療 その他の額			円 円 円	附加給付の額 高額療養費の額	円	助成請求額	円		
受 給 者	受給者証番号				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				名称			
<b>領 収 書</b>									
¥ ただし、年 月分の保険診療一部負担金									
保険診療 総点数		点	内 自立支援医療適用の診療分 A 内 その他の診療分 (内科等) B				点	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。