

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） | | | | | | | | | |
| 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 | 円 | 附加給付の額 高額療養費の額 | 円 | 助成請求額 | 円 | | | | |
| 内訳 保険診療 | 円 | | | | | | | | |
| その他 | 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 | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|---|------------------|---|
| 領 収 書 | | | |
| ¥ | | | |
| 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 | 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 2 1）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。