

様式第4号（第5条関係）

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

川島町長 様

住 所
氏 名 (電 話 ー) (印)

下記のとおり川島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。

入外区分		入院・外来	診療区分	医科・歯科・調剤・精神科	
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
内訳 保険診療		円			
その他		円			
受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	
	フリガナ			記 号 番 号	
	氏 名			名 称	
	生年月日	年 月 日			

領 収 書

	入院 日	外来 日
--	------	------

¥ _____

ただし、年 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 円を含む。）
食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

年 月 日

様 医療機関等所在地（住所）
名称
氏名 印

- 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。
 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日