

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

川島町長 宛

住所
氏名
(電話 ー)

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		

領収書（レシート）貼付欄

領収書（レシート）貼付欄

領収書・レシート貼付欄	領 収 書	入院 日	外来
	<p>¥ _____</p> <p>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。)</p> <p>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。</p>		
	保険診療総点数	点	他法負担点数

年 月 日 様 医療機関等所在地(住所)
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。
 3 他法負担点数欄は、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