

様式第4号(第5条関係)

重度心身障がい者医療費請求書						
					年 月 日	
松伏町長		宛て				
提出者 住所 氏名 電話						
次のとおり松伏町重度心身障がい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。						
一部負担金の額		円	附加給付の額	円	助成請求額	円
			高額療養費の額	円		
受 給 者	受給者証 記号番号			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				入院 日	外来 日
円					
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			医療機関等所在地(住所)		
様			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。

