

様式第4号の2(第5条関係)

重度心身障がい者医療費請求書(精神通院医療費)

年 月 日

松伏町長 宛て

提出者 住所  
氏名  
電話

次のお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。

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	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

¥ \_\_\_\_\_  
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21)の負担分点数	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。