

重度心身障害者医療費請求書									
年 月 日									
嵐山町長 佐久間 孝光 様									
住所									
氏名									
(電話 -)									
下記のとおり、嵐山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。									
一部負担金の額		円	附加給付の額		円	助成請求額		円	
内訳 保険診療		円							
食事療養 標準負担額		円							
その他		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				大・昭 年 月 日		平・令		

注) 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。

領 収 書				入院 日	外来 日
¥					
ただし、 年 月分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
¥ (算定数 食)					
ただし、食事療養標準負担額					
年 月 日					
医療機関等所在地（住所）					
様 氏 名					
氏 名					
医療機関コード					

注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
2. 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	認定者	課長			担当	受付	年 月 日
						支給	年 月 日