

様式第4号の3（第5条関係）

様式第4号の3

重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）

年 月 日

嵐山町長 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 高額療養費の額		円	助成請求額	円
内訳 保険診療		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	年 月 日		名称			

注） 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。

領 収 書

〒

ただし、 年 月分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

医療機関等所在地（住所）

様

名称

氏名

印

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