

様式第 6 号の 3 (第 5 条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書 (精神通院医療費)

年 月 日

長 瀬 町 長 様

住所
氏名
(電話)

下記のとおり長瀬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。

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 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		記号番号						
	氏 名		名称						
	生年月日		年 月 日						

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 2 1) 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

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
注 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

決 裁	課 長	主 幹	合 議	担 当	受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日