

第6号様式の2(第6条関係)

受給者記入欄	重度心身障害者医療費請求書(精神通院医療費)										
	年 月 日										
	(宛先) 伊 奈 町 長										
	申請者 住 所 氏 名 電 話										
	下記のとおり伊奈町重度心身障害者医療費支給条例第8条の規定に基づき請求します。										
	外来 ・ 調剤 ・ 訪問看護 (いずれかに○)					自立支援受給者 証番号					
						有効期間		年 月 日～ 年 月 日			
	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・加入者の氏名				
		ふりがな					市 町 村 民 税 の 状 況		課 税・非課税		
		氏 名					記 号 ・ 番 号				
生年月日		年 月 日			名 称						

※太枠内を記入してください。

医療機関等記入欄	領 収 書			
	¥			
	年 月 分保険診療一部負担金(自立支援医療分)			
	保険診療 総点数		内 自立支援医療適用(公費21) の診療分 A	点
			内 その他の診療分(内科等) B	点
	年 月 日			
	様			
	医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名			
	印			

注)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。

処 理 欄	一 部 負 担 金 合 計	受	付	支	払
	円	年 月 日		年 月 日	
	保険診療一部負担金 【自立支援医療(公費21)分】	高額療養費	付加給付	その他	支給額合計
	円	円	円	円	円