

第6号様式の2(第6条関係)

		重度心身障害者医療費請求書(精神通院医療費)								年 月 日			
受 給 者 記 入 欄	(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 (いづれかに○)				自立支援受給者 証番号									
				有効期間		年 月 日～			年 月 日				
受 給 者 記 入 欄	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 稅・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		支給額合計 円
	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		
	円	円	円	円	円	