様式第６号（第５条関係）

|  |
| --- |
| **重度心身障害者医療費請求書**　　　年　　月　　日（宛先）吉　川　市　長住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　電話・ＦＡＸ　吉川市重度心身障害者医療費支給に関する条例第８条第１項の規定により、次のとおり請求します。 |
| 受給者証記号番号（７ケタ） |  | 受給者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 注１　上部欄は、受給者（申請者）が記入してください。**※　加入保険等に変更があったときは、速やかに届出をしてください。** |
| 総医療費 | 　　　　　　　　　円 | 附加給付の額 | 円 | 助成請求額 | 円 |
| 一部負担金の額 | 　　　　　　　　　円 | 高額療養費の額 | 円 |
| 注２　下部領収書欄は、医療機関等が記入してください。注３　他法負担分点数欄は、公費負担でかかった点数を記入してください。 |
| 　　 | 入院　　日 | 外来　　日 |
| 領　　　収　　　書￥　　　　　　　　　　　　　　　ただし、**年　　月分**の保険診療一部負担金(負担額・公費負担額　　　　　円含む)　　※自費分、食事療養標準負担額または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 |  |
| 　　領収日　　　　年　　　月　　　日　　　　　医療機関所在地（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　（受診者）　　　　　　　　　　　　様　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| 決　　裁 | 課　　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 主　　任 | 係 | 受　　付 | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |  | 処　　理 | 年　　　月　　　日 |
| 支　　給 | 年　　　月　　　日 |
| 特　　記 |  |