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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |