

重度心身障害者医療費支給申請書（精神通院医療費）

請求書を提出する日

年 月 日

(宛先) 入間市長

**請求する方の住所・氏名・電話番号
を記入してください。**

住所

入間市豊岡1丁目16番1号

氏名

入間 花子

(電話 04-2964-1111(携帯可))

下記のとおり入間市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例第8条の規定に基づき請求します。

外来・調剤の	この欄は記入不要です。		
一部負担金の額			
内訳 保険診療	円	高額療養費の額	円 助成請求額 円
その他			

受 給 者	受給者証 記号番号	受給者証の記号番号	加入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	健康保険加入者氏名 (社保の方は被保険者)
	ふりがな	イルマ タロウ		記号番号	保険証の記号・番号
	氏 名	入間 太郎		名称	入間市国民健康保険
	生年月日	昭和 41年11月4日			

**受給者(障害者)欄を忘れ
ずに、ご記入ください。**

領 収 書

**加入者の健康保険資格情報をご記入
ください。**

¥

ただし、 年 月分の保険診療一部負担金

保険診療 総点数		内 自立支援医療適用の診療分 A	点
この「領収書」欄は医療機関から出た領収書があれば、 記入は不要です。			
自立支援医療（公費21）の負担分点数			点

年 月 日

様

医療機関等所在地（住所）

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。

2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。