

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 請 求 書                    |  |
| 年 月 日                                        |  |
| (宛先) 入 間 市 長                                 |  |
| 住 所                                          |  |
| 氏 名                                          |  |
| 電 話                                          |  |
| 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条の規定により、次のとおり請求します。 |  |

|               |              |       |                              |                            |                         |
|---------------|--------------|-------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 入院・外来・調剤の別    |              | 診 療 科 |                              | 科                          |                         |
| 一部負担金の額       |              | 円     | 附 加 給 付 の 額<br>高 額 療 養 費 の 額 | 円                          | 助 成 請 求 額               |
| 内 訳 保 険 診 療   |              | 円     |                              |                            |                         |
| 入院時の食事療養標準負担額 |              | 円     |                              |                            |                         |
| そ の 他         |              | 円     |                              |                            |                         |
| 受<br>給<br>者   | 受給者証<br>記号番号 |       |                              | 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 世帯主・被保険者・<br>組合員・加入者の氏名 |
|               | フリガナ         |       |                              |                            | 記号番号                    |
|               | 氏名           |       |                              |                            |                         |
|               | 生年月日         | 年 月 日 | 名 称                          |                            |                         |

|                                                                        |   |        |      |
|------------------------------------------------------------------------|---|--------|------|
| 領 収 書                                                                  |   | 入院 日   | 外来 日 |
| ¥ _____                                                                |   |        |      |
| ただし、 年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む）とし、<br>入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。   |   |        |      |
| 保険診療総点数                                                                | 点 | 他法負担点数 | 点    |
| 入院時の食事療養標準負担額<br>¥ _____（算定日数 日）<br>年 月 日 医療機関等所在地（住所）<br>様 名 称<br>氏 名 |   |        |      |
| 印                                                                      |   |        |      |

(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。  
3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

|        |  |  |  |  |  |    |       |
|--------|--|--|--|--|--|----|-------|
| 決<br>裁 |  |  |  |  |  | 受付 | 年 月 日 |
|        |  |  |  |  |  | 支給 | 年 月 日 |