

令和3年4月より、押印は必要ありません！

様式第9号（第5条関係）

後期医療用

重度心身障害者医療費請求書

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 入間市豊岡一丁目16番1号

氏名 入間 花子

電話 04-2964-1111 (携帯も可)

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。

助成請求金額	入院	(食事療養算定日数 日分 日)	保険診療一部負担金	円
			食事療養標準負担額	円
	外来	月分 ~ 月分	保険診療一部負担金	円
			合計	円

この欄は、記入不要です。

受給者	フリガナ	イルマ タロウ
	氏名	入間 太郎
	受給者証 記号番号	水色受給者証の記号番号

(注) この請求書は、後期高齢者医療制度加入者に係る医療費を請求する場合に記入してください。

決裁						受付	年 月 日
						支給	年 月 日