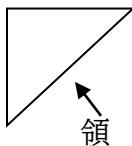


様式第7号の2（第5条関係）

重度心身障害者医療費支給申請書（精神通院医療費）											
年 月 日											
(宛先) 入間市長											
住所 氏名 (電話)											
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・調剤の別				自立支援医療 受給者番号							
一部負担金の額		円		附加給付の額 高額療養費の額		円		助成請求額		円	
内訳 保険診療		円									
その他		円									
受 給 者	受給者証 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					
	ふりがな					記号番号					
	氏 名										
	生年月日		年 月 日			名称		<input type="checkbox"/> 入間市国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部			



収書の左上端を「」の部分に合わせてホッチキスで添付してください。
領収書が大きい場合は下部を折って用紙に合わせてください。

領 収 書			
¥			
ただし、 年 月分の保険診療一部負担金			
保険診療 総点数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
		内 その他の診療分（内科等） B	点
負担分の内、自立支援医療の欄 （公支）の点数 A		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。