

重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）									
年 月 日									
滑川町長									
住所 氏名 電話 ()									
下記のとおり滑川町重度心身障害者医療費の助成に関する条例第 8 条第 1 項の規定に基づき請求します。 助成額の算定のため、滑川町が私の加入する健康保険組合等に対し、高額療養費支給状況（家族合算分を含む）について照会することに同意します。									
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	
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			

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
上記 A 欄 の点数の内、 自立支援医療（公費 2 1）の負担分点数		点	
年 月 日			
医療機関等所在地（住所） 様 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。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日