

## 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	円				
内訳 保険診療	円								
その他	円								
受給者	受給者証記号番号 ふりがな 氏名 生年月日	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名 記号番号 名称						
年 月 日									

## 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21）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