

様式第5号の2（第6条関係）

重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費） 年 月 日					
坂戸市長 あて			住所 氏名 (電話)		
次のとおり坂戸市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項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	円		助成請求額
内訳 保険診療		円	付加給付の額 高額療養費の額		
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 氏 名			記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日		名 称	

領 収 書			
〒 年 月分の保険診療一部負担金 ただし、			
保 険 診 療 総 点 数	点	うち 自立支援医療適用の診療分 A	点
		うち その他の診療分（内科等） B	点
上記 A 欄の点数のうち、 自立支援医療（公費 2 1）の負担分点数			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。