ド

医療機関等コー

ド

他

9

様式第5号の2 (第5条関係)

高額療養費

付加給付

償還

現物

1

重原	度心身障害者医	医療費支	給申請書	(精神通	院医療費	()	年	月	E	∃
加須市長 様					D.:		'	/ 1	F	,
					住法					
次のレヤル hn石士手座と	10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10.	弗士纮	ァ問士フタ	に脚笠 0~	(電	話	ኑ ለነ d] 注]	土士)
次のとおり、加須市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により申請します。また、高額療養費等の給付を控除することを承諾し、決定された支給額について請求します。										
外来・調剤の別				立支援医						
一部負担金の額	円	付加給	付の額	, -	<u>, </u>	1 1			i	,
内訳 保険診療	円					支給申請	青額			円
その他	円	局額療 	養費の額		円					
受給者証 号 番 号		加加	世帯主・ (組 合 員							
A ふりがな			被保险	食 者 訂	E		-	国	社	後
当 氏 名		保险	記号	番号				1	2	3
生年月日		— PX	名	利	*					
										-
	ć	領	収	書		<u></u> 外	来		日	
<u>¥</u> 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	
L記 A棚のお粉の中										
上記 A欄 の点数の内、 自立支援医療(公費21)の負担分点数		女						点		
年 月 日										
様			2	医療機関等所在地(
		名称 氏名							E	_[]
										'
注 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。										
2 下部領収書欄は、图	医療機関等が記	辻入して	ください。							

証拠コード

2

証

1

科

医

1

外

3

目

歯 調

2 3

コ

6

柔補訪

7

8