

精神通院

様式第 5 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		
加須市長 様										住所 氏名 (電話)		
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						自立支援医療 受給者番号						
一部負担金の額			円			付加給付の額			円			
内訳 保険診療			円			高額療養費の額			円			
その他			円						支給申請額 円			
受 給 者	受 給 者 証 番 号				加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 (組 合 員) 氏 名						
	ふ り が な 氏 名					被 保 険 者 証 記 号 番 号				国	社	後
	生 年 月 日					名 称						

領 収 書										外来 日		
¥ 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 様						医療機関等所在地（住所） 名称 氏名 印						

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、医療機関等が記入してください。

高額療養費	付加給付	償還 現物	証拠コード			科 目 コ ー ド							医 療 機 関 等 コ ー ド																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			証	レ	外	医	歯	調	柔	補	訪	他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						