

〈後期〉 重度心身障害者医療費請求書

和 光 市 長 様

平成 年 月 日

住 所

氏 名

電 話 ()

下記のとおり、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条1項の規定に基づき、請求いたします。

助成請求 金 額	入 院	日分 (食事療養費算定日数 日)	保険診療一部負担金	円
			食事療養標準負担金	円
	外 来	月分	保険診療一部負担金	円
			外来薬剤一部負担金	円
	合 計			
受 給 者	氏 名			
	受給者証 記号番号			

(注) この請求書は、後期高齢者医療制度障害認定者に係る医療費を請求する場合に記入してください。

決 裁	課 長	課長補佐	統括主査	係	受付	平成 年 月 日
					受付	平成 年 月 日