

※診療月ごと、医療機関ごとに申請書を作成してください。

※下部の領収書欄に医療機関等で証明を受けるか、領収書の原本を添付してください。

※申請した診療月に係る自己負担上限額管理票(郵送の場合はコピー)を添付してください。

様式第6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)

令和 年 月 日

和光市長様

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条第1項の規定に基づき請求いたします。

受給者	重度心身障害者医療 受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	自立支援医療 受給者番号			記号番号	
	氏 名			保険者の名称	
	生年月日	年月日			

注 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

## 領 収 書

¥

ただし、令和 年 月 分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欄の点数のうち、 自立支援医療(公費21)の負担分点数		点

令和 年 月 日 医療機関所在地(住所)

様 名 称

氏 名 印

市 処 理 欄	保険	国	国組	社本	社家	後期	高齢受給者
	所得区分	一般	現役並み	低所得者II	低所得者I	一般(I・II)	
	自立支援医療自己負担上限額			円			
	一部負担金	円		高額療養費		支給額	
	内 訳	保険診療	円		円		
		その他	円			円	