

※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)

和光市長 様

住 所
氏 名
電 話

令和 年 月 日

重度心身障害者医療費支給申請書
(精神通院医療)

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 2 1）の負担分点数		点

令和 年 月 日
様

医療機関所在地(住所)
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		円	
		その他	円					