

										0	3	
申請者記入欄												
<div>障重度心身障害者医療費支給申請書（精神通院医療費）</div> <div>年 月 日</div> <div>(あて先)本庄市長</div> <div>住所氏名電話番号 ( )</div> <div>下記のとおり医療費を申請します。</div>												
受給者	受給者番号							加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名			
	自立支援医療受給者番号								記号・番号			
	フリガナ	-----							名称	健保・国保・共済協会けんぽ		
	氏名											
	生年月日	年 月 日										

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

										医療機関記入欄					
領収書														外来	調剤
〒 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 欄の点数の内、自立支援医療（公費 2 1）の負担分点数												点			
<div>県コード</div> <div>医療機関コード</div>															
年 月 日 医療機関等名称・電話連絡先															
様 印															

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。（領収書を一緒に提出する場合は記入不要です。）  
2 上部領収書欄は、領収書の貼付け欄ではありません。

処理欄	診療一部負担金	高額療養費	付加給付額	支給決定額		
	円	円	円	円		
				加入保険	領収書枚数	書類別
						1 証明 2 領収書