

重度心身障がい者医療費支給申請書（精神通院医療費）

(申 請 先)		年 月 日	
新 座 市 長			
(障がい者福祉課)	申請者	住所 新座市	丁目 番 号
		氏名	
		電話	()
条例第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。			

計	円		円		円
内訳 一部負担金の額	円	付加給付の額 高額療養費の額		助成請求額	
入院時食事標準負担額	円				
その他	円				

受給者	受給者証番号		自立支援医療番号(7桁)							
	フリガナ 氏 名		加入医療保険	被 保 険 者 ・ 組 合 員 氏 名						
	生年月日	年 月 日		記 号 ・ 番 号						
				名 称						

↑領収書はこちらにホチキス留めしてください。

領 収 書			
受診者	円		
※自立支援医療（精神通院医療）の対象分のみ記入してください。			
診療月	年 月	診療実日数	日
保険診療総点数（公費 2 1 ）		点	
上記のとおり領収しました。			
年 月 日			
医療機関等所在地			
名 称			
印			

※太枠内を御記入ください。また、登録内容が変わったとき（保険証については記号番号等の内容変更含む）は、別途届出が必要です。

注 1 領収書欄は、医療機関等が医療保険の保険診療一部負担金について証明する欄です。領収書を紛失したときなど領収書を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。

2 領収書欄は自立支援医療（精神通院医療）対象の診療月、診療実日数、保険診療点数を記載してください。