

様式第5号の2(第5条関係)

横瀬町重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

横 瀬 町 長 様

住所

氏名 (電 話) (印)

下記のとおり、横瀬町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します。

記

助成請求額	入院	日分 (食事療養費等算定食数食)	保 険 診 療 一 部 負 担 金	円
			食 事 療 養 標 準 負 担 額	円
			生 活 療 養 標 準 負 担 額 (食費負担額)	円
	外 来	月～ 月分	保 険 診 療 一 部 負 担 金	円
	合 計			円
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加入者にかかる医療費を請求する場合に記入してください。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日