

障 心身障害者医療費支給申請書

(宛先) 狭 山 市 長

平成 年 月 日

医療機関 (受任者) 所在地

医療機関 コード	
-------------	--

名 称

氏 名

⑤

狭山市心身障害者医療費支給条例施行規則第7条第2項の規定により、下記受給者に係る一部負担金等の支給を申請します。

申請金額	円
------	---

No.	受給者証 記号番号	受給者名 (委任者名)	診 療 年 月	入院 別 外来	日数	診療科	保 険 診 療 総 点 数 (総医療費)	他 法 負 担 分 点 数	一 部 負 担 金 等 の 額
			・	入・外	日		点 (円)	点	円
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
合 計	入 院			件					
	外 来			件					
	計			件					

(注) 他法負担分点数欄には、他法負担がある場合に、再掲でその点数を記入してください。

振込先	銀 行 農 協 信用金庫	本店 支店	当 番 普 号		名 義 人	
-----	--------------------	----------	------------	--	----------	--

障 心身障害者医療費支給申請書付票

医療機関名

No.	受給者証 記号番号	受給者名 (委任者名)	診 療 年 月	入院 別 外来	日数	診療科	保 険 診 療 総 点 数 (総医療費)	他法負担 分 点 数	一部負担 金等の額
			・	入・外	日		点 (円)	点	円
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					
			・	入・外					