

様式第4号(第5条関係)

心身障がい者医療費請求書

琴浦町長 様

医療を受けた者の氏名			
医療を受けた者の住所	琴浦町		
入院・入院外の別	入院 入院外	医療を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日
医療に要した費用	円		
医療費請求金額		円	
			年 月 日
請求者 住所 琴浦町 氏名			印

添付書類

- 1 一部負担金の領収証書
- 2 付加給付金の支給額証明書又はこれらを証明するにたる書類
- 3 社会保険各法の規定による療養費の支給を受けたときの支給額証明書又はこれらを証明するにたる書類
- 4 社会保険各法以外の法令の規定による負担金を支払ったときの証明す書類
- 5 心身障がい者医療費助成認定通知書の写し
- 6 公費負担医療受給者証の写し