様式第５号（第５条関係）

重度心身障害者医療費請求書

年　　月　　日

松伏町長　　様

医療機関所在地(住所)
名称
氏名　　㊞
電話

下記受給者に係る一部負担金等を請求します。

請求金額　　円

受給者証記号番号	診療月	受給者名	入院・外来の別	日数	総点数	一部負担金等の額
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
			入・外		(　　)	(　　)
請求	入院	件				円 (　　)
	外来	件				円 (　　)
	合計	件				円 (　　)

総点数・一部負担金等の額欄(　)には、他法負担がある場合に、再掲でその点数・金額を記入してください。