

申請者記入欄

東松山市長宛て

住所 東松山市

氏名

(電話)

以下のとおり、東松山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

受給者	重度医療 受給者番号							加入 医療 保険	世帯主・被保険 者等の氏名	
	自立支援医療 受給者番号								記 号 番 号	
	ふりがな 氏 名								名 称	
	生年月日	年 月 日								
	診 療 月	年 月 分								

領 収 書

外来 日

¥

ただし、 年 月分の保険診療一部負担金

保険診療 総点数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
		内 その他の診療分 (内科等) B	点

上記A欄の点数の内、 自立支援医療（公費 2 1）の負担分点数	点
------------------------------------	---

年 月 日

医療機関等所在地（住所）

様 名称

氏名

注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。