

精神通院医療費用（精神障害者保健福祉手帳 2 級の方）

様式第 5 号の 2（第 5 条関係）

申請者記入欄	重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）				
	年 月 日				
	(宛先)北本市長				
	住所 氏名 電話 ( )				
	下記のとおり、北本市重度心身障害者医療費支給条例第8条第1項の規定に基づき請求します。				
	外来・調剤の別		外来・調剤	自立支援医療 受給者番号	
受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者組合 員・加入者氏名	
	ふりがな			記号番号	
	氏名			名称	
	生年月日	年 月 日			

医療機関等記入欄	領 収 書			
	¥			
	ただし、 年 月分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欄の点数のうち、自立支援医療（公費 2 1）の負担分点数			点
年 月 日 様				
医療機関等所在地 名称				
氏名 電話 ( )				
印				

処理欄	保険診療一部負担金	保険診療	高額療養費	付加給付	支給額計
	円	円	円	円	円