様式第７号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 重度心身障がい者医療費請求書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　（宛先）羽生市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等所在地（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　羽生市重度心身障がい者医療費の支給に関する条例第９条第２項の規定により、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 |
| 受給者番号 | 診療月 | 受給者名 | 入院・外来の別 | 日数 | 診療科 | 総点数 | 一部負担金等の額 |
|  |  |  | 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込希望金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 口座番号 | 普・当 | 口座名義人(カタカナ) |  |