記 入 例

様式第６号（第５条関係）

受　付　印

重度心身障害者医療費請求書（後期高齢者医療制度加入者用）

令和　　年　　月　　日

（宛先）鴻 巣 市 長

窓口に来られた方のお名前を記入してください。

請求者	住　所	鴻巣市中央＊番＊号
	氏　名	鴻　巣　太　郎
	電話番号	＊＊＊（＊＊＊）＊＊＊＊

次のとおり医療費を請求します。

受　給　者　番　号	あさぎ色の受給者証の上部に記載されている番号を記入します。		
受　給　者　氏　名	鴻 巣　太 郎	生年月日	T・Ⓢ　＊＊　年　＊月　＊＊日

注　太線の枠内は、請求者が記入してください。

これより下の部分は障がい福祉課にて記入をします。医療機関の証明の場合は医療機関にて記入します。

助　成　請　求　内…	…機 関 名	区分	入院外来
入院　年　月診… 保険診療 保険診療点… 食事療… 養費… 定…			
… 保… 保険…			
総計			円

注　この請求書は…場合に記入してください

☆　**請求の方法**

医療機関ごとに証明を受けてください。
または、領収書の原本を請求書の後ろに添付してください。
（領収書は返却しません）
※　医療機関の証明を受けた場合は、領収書は不要です。
領収書を添付できない場合は、写しをお預かりします。
（請求の際は、原本も提示してください）
最大で、入院が１カ所と外来が６カ所まで請求することが出来ます。
（医療機関・診療月ごとに１カ所と分けてください）

☆　**申請場所**

市役所障がい福祉課・吹上支所・川里支所
市民センター・市民サービスコーナー・各公民館

☆　**支給の方法**

前月までに診療を受けたものを毎月１５日で締め切ります。申請されたものは、その翌月以降の月末にあらかじめ登録された口座に振り込みます。

ご不明な点があれば障がい福祉課障がい福祉担当までお問い合わせください。

鴻巣市役所障がい福祉課障がい福祉担当
TEL５４１－１３２１（内線２６１７・２６７８）

令和　　年　　月　　日　　医療機関　名　称

氏　名　　　　　　㊞

電話番号