

平成 年 月分

障 害者医療費助成事業（医保用）請求書

|   |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| 3 | 医<br>1 | 歯<br>3 | 調<br>4 | 訪<br>6 | 柔<br>9 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 都道府県コード | 1 | 4 |
|---------|---|---|

神奈川県市町村長 殿

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

下記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

| 助成費用<br>請求先市町村番号<br>(公費負担者番号) | 療養の給付 |    | 障害者医療費助成事<br>一部負担金 |    | 一部負担金 |    | 食事療養 |       |
|-------------------------------|-------|----|--------------------|----|-------|----|------|-------|
|                               | 件数    | 点数 | 件数                 | 金額 | 件数    | 金額 | 件数   | 標準負担額 |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 8014                          |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| 合計                            |       |    |                    |    |       |    |      |       |
| ※ 決 定                         |       |    |                    |    |       |    |      |       |

| 件数<br>の<br>再<br>掲<br>欄 | 種 別        | 入外区分  | 件 数 | 種 別       | 入外区分     | 件 数 |
|------------------------|------------|-------|-----|-----------|----------|-----|
|                        |            | 本人・入院 | 11  |           | 高齢者・入院7割 | 19  |
|                        | 家族・入院      | 15    |     | 高齢者・入院9割  | 17       |     |
|                        | 就学前・入院・8割  | 13    |     | 高齢者・入院外7割 | 10       |     |
|                        | 本人・入院外     | 12    |     | 高齢者・入院外9割 | 18       |     |
|                        | 家族・入院外     | 16    |     |           |          |     |
|                        | 就学前・入院外・8割 | 14    |     |           |          |     |
|                        | ⑧          | 02    |     |           |          |     |

注1) ※欄は記入しないでください。  
 注2) 訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入してください。  
 注3) 障害者医療費助成事業一部負担金欄には、障害者医療費助成制度の規定に基づき、患者から徴収した一部負担金の入院・入院外の合計額を記載してください。