

令和 年 月分

障 害 者 医 療 費 助 成 事 業 ( 医 保 用 ) 請 求 書

3	医 1	歯 3	調 4	訪 6	柔 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

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)	療養の給付		障害者医療費助成事業 一部負担金		一部負担金		食事療養費	
	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 の 再 掲 欄	種 別	入外区分	件 数	種 別	入外区分	件 数
		本人・入院	1 1		高齢者・入院7割	1 9
	家族・入院	1 5		高齢者・入院8割	1 7	
	就学前・入院・8割	1 3		高齢者・入院外7割	1 0	
	本人・入院外	1 2		高齢者・入院外8割	1 8	
	家族・入院外	1 6				
	就学前・入院外・8割	1 4				
	Ⓛ	0 2				

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下さい。

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。