

第7号様式(第4条第5項)

酒々井町重度心身障害者医療費受領証明書			
			年 月 日
(あて先)酒々井町長			
(医療機関名)			
所在地			
名称			
氏名			
印			
重度心身障害者医療費を次のとおり受領したことを証明する。			
年 月 診療分			
受給資格者氏名			
公費負担者番号			
受給者番号			
診療日数	日		
	社会保険	国民健康保険	後期高齢者医療保険
入院	保険総点数 又は金額	点	点
	公費負担	有 ・ 無	有 ・ 無
	食事療養費 標準負担額	円	円
外来	保険総点数 又は金額	点	点
	公費負担	有 ・ 無	有 ・ 無
	薬剤費一部 負担額	円	円
証明経費	円		

備考

本受領証明書は、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例に基づき、重度心身障害者が負担する保険医療費の助成を受けるにあたり酒々井町へ提出するものです。