様式第５号（第７条関係）

|  |
| --- |
| **出雲市自立支援医療費（更生医療）助成請求書** |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 診　療　月 | 月分 | 医療機関等 |  |
| 請　求　額　 | 　金　　　　　　　　　　　円　　内訳　　支払額　　　　　　　　　円　　　　　　控除額　　　　　　　　　円　　　　　　差　引　　　　　　　　　円 |
| 　上記のとおり請求します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　出雲市長　様　　　　　　　請求者　住　所　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

【出雲市記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 区分 | 期間 | 入院 | 通院 | 確認 | 検収 |
| 更生医療 | 低Ⅰ・低Ⅱ・中間Ⅰ・中間Ⅱ・一定 | 年　月　日～　年　月　日 | 円 | 円 |  |  |
| 福祉医療 | 低所得世帯・一般世帯 | 年　月　日～　年　月　日 | 円 | 円 |