様式第６号（第７条関係）

|  |
| --- |
| **出雲市自立支援医療費（通院医療）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 |  |
| 助成対象額 | 円 | 助成額（助成対象額×１／２） | 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】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得区分 | 2,500・5,000・10,000・20,000 | 福祉医療 | 1,000・6,000 | 委任払い | 非該当・該当 |
| 年 | 年 | 年 |
| １月 |  | １月 |  | １月 |  |
| ２月 |  | ２月 |  | ２月 |  |
| ３月 |  | ３月 |  | ３月 |  |
| ４月 |  | ４月 |  | ４月 |  |
| ５月 |  | ５月 |  | ５月 |  |
| ６月 |  | ６月 |  | ６月 |  |
| ７月 |  | ７月 |  | ７月 |  |
| ８月 |  | ８月 |  | ８月 |  |
| ９月 |  | ９月 |  | ９月 |  |
| １０月 |  | １０月 |  | １０月 |  |
| １１月 |  | １１月 |  | １１月 |  |
| １２月 |  | １２月 |  | １２月 |  |