様式第8号(第8条関係)

進行性筋萎縮症者療養等給付費支払請求書

(　　年　　月　　日)

年　　月　　日分を次のとおり請求する。

年　　月　　日

療養等担当機関所在地

療養等担当機関の名称

所長名　　　　　　　　　　㊞

国頭村長　　様

請求金額　　　　　円也

(単位：円)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 医療費 | | | 日用品費 | 期末一時扶助費 | 葬祭費 | 重障指導費 | 技術指導費 | | 合計 | 自己負担額 | 差引請求額 |
| 総額 | 公費 | その他 | 通所日数 | 請求額 |
| (入所委託分) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |