

令和 年 月分 子障親医療費総括票

4	0					殿
---	---	--	--	--	--	---

施術所登録
番号

市町村名 ()

下記のとおり請求する。

施 術 所 名

施 術 管 理 者 名

	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	請求	*決定						
81 子 ど も	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						

	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	請求	*決定						
80 障 害 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						

	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	請求	*決定						
90 ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						