自立支援医療（育成）補装具費請求書

令和　　年　　月　　日

中央市福祉事務所長　　様

住　所

ふりがな

請求者　　氏　名　　印

続　柄

自立支援医療（育成）に要する治療用装具について次のとおり請求します。
なお、支払いの振込については下記口座へお願いします。

金　　円

公費負担者番号	1	6	1	9	6	0	1	6	本人氏名	
受給者番号								／	病　名	
保険者名										

品目または種類	形　　式	数量	単　価	金　額	振込先金融機関
					銀行 支店　・　本店 口座種別（ 普通・当座 ） №.

治療用装具総額	医療保険等負担額	患者負担額 （１割負担額）
		（　　）

上記治療用装具について、令和　　年　　月　　日に上記患者に着用したことを確認します。

令和　　年　　月　　日

指定自立支援

医療機関名

担当医師氏名　　印

添付書類　①受給者証及び負担上限管理額票（補装具作成月分）

②補装具の明細が明記された領収書（写）

③保険者が給付決定した証明書