

様式第4号

自立支援医療(育成医療)支給申請書(治療装具)

年 月 日

請求者 干
住 所
氏 名

宇 部 市 長 様

年 月分を下記のとおり申請します。

記

受診者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				
保護者	氏名		本人との続柄		
自立支援医療受給者番号(育成医療)					
保険種別	協・組・船・共・国・退・生	被 保 険 者 証 記 号 番 号			
病 名					
診療を受けた医療機関					
区 分	補装具代金	社会保険等負担分		自己負担額	支 給 額
請 求					
決 定					

下記の口座に振り込んでください			
(フリガナ)		銀行	普通・当座
名義人	印	支店・支所	番号

- ※1 様式第5号を添付すること。
- ※2 保険者が発行した療養費支給決定通知書を添付すること。
- ※3 製造業者(販売業者)の発行した領収書及び明細書を添付すること。
- ※4 該当月の自己負担上限額管理票の写しを添付すること。