

自立支援医療費（育成）補装具費用支給申請書

年 月 日

（あて先） 下関市長

申請者 住所

氏名

TEL

受診者との続柄

下記のとおり補装具に要した費用の支給を申請します。

記

ふりがな 受診者氏名			男・女	生年月日	年	月	日																	
受診者住所																								
受診者の加入医療保険の記号及び番号				保険者名																				
受給者証	公費負担者番号	1	6	3	5	6	0	2	4	受給者番号														
	有効期間	年			月			日			から			年			月			日			まで	
病名																								
指定育成医療機関名																								
区分	補装具代金 (A)				医療保険負担分 (B)				自己負担月額上限額残額 (C)				支給申請額 (A) - (B) - (C)											
	円			円			円			円														

次の口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 組合		支店 支所	口座番号（普通・当座）
口座名義人（フリガナ）			

申請受付年月日	年 月 日
---------	-------