

## 自立支援医療(育成)補装具費請求書

年 月 日

甲斐市長様

住 所

フリガナ

請 求 者

氏 名

⑩

続 柄

自立支援医療(育成医療)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、次の口座へお願いします。

請求額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担番号		本人氏名	
受給者番号		病 名	
被保険者証の 保険者名		被保険者証の 記号及び番号	—
品名又は種類	形 式	数 量	単 価
			金 額
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)	
振込 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本 店 支店(所)
	口座番号	普通・当座	口座No. (左詰め)
	名義人 (左詰め)	※カタカナで記載してください	

上記治療用装具について、 年 月 日に上記患者に着用したことを確認します。

年 月 日

指定自立支援

医療機関名

担当医師名

⑩

**【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明細書