

自立支援医療（育成医療）補装具費請求書

年 月 日

長野市長 様

〒 ー

住 所

申請(保護)者 氏 名

児童との続柄

電話番号 ()

自立支援医療（育成医療）補装具費を下記のとおり請求します。

記

金 円

ふりがな					受給者番号		
本人氏名							
振込先	金融機関名		預金種別	口座番号	口座名義人(カナ)		
	銀行・金庫 本店 信組 支店 農協 出張所		1 普通 2 当座				
補装具の内訳	名 称						
		品 名	数量	単価	金額		
	基本価格						
	製作要素						
	完成部品						
	小 計						
その他							
合 計							
特記事項							
負担額内訳	医療保険負担額	自己負担上限額	支払済自己負担額	公費(市)負担額			

- 添付書類 1 補装具費を支払ってある場合は、その領収書等
 2 自己負担額を支払ってある場合は、その領収書等
 3 補装具製作者が請求する場合は委任状

上記の補装具を 年 月 日本人に装着したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関 所在地

名 称

担当医師氏名