

自立支援医療費(育成)治療用装具費支給申請書

音更町長 宛て

年 月 日



申請者 (保護者)	住所	〒 _____		
	氏名	_____	印	続柄
	電話番号	_____ (_____)		

下記のとおり治療用装具費の支給を申請します。

記

申請額 _____ 円 (装具代金-保険者償還額-自己負担額)

支給決定額 _____ 円 ※町記入

フリガナ				生年月日	
受診者氏名	個人番号: _____			年 月 日生	
医療受給者番号	_____	_____	自己負担上限額	円	
病名	_____			治療用装具の名称	
治療用装具代金(総額)(注1)	金 _____ 円	保険者償還額(注2)	金 _____ 円		
担当医師の装着証明(注3)	上記疾病の治療のため、治療用装具の装着の必要を認め、 年 月 日に装着したことを証明します。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 _____ 担当医師名 _____ 印				
振込先(注4)	金融機関名		預金種別	口座番号	口座名義人(カナ)
	銀行・金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		

- (注1) 装具製作者が発行した領収書の額を記載してください。
- (注2) 保険者からの償還額(保険負担分)を記載してください。
- (注3) 治療用装具を装着後に、担当医師の証明を受けてから申請してください。
- (注4) 申請者(保護者)と同一名義の口座を記載してください。

[添付書類]

- 装具製作者が発行した見積書及び領収書
- 保険者から交付された療養費支給決定通知書(写)又は支給決定金額を証明できるもの
- 自立支援医療受給者証(育成医療)(写)
- 該当月の自己負担上限額管理票(原本)

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

町記入欄

購入年月日		治療用装具代金	_____ 円
自己負担月額上限額	円	医療保険者負担額	_____ 円
月分自己負担額累計	円	自己負担額(装具分)※	_____ 円
差引額(残自己負担額)	円	育成医療支給額	_____ 円

※治療用装具代金の1割又は残自己負担額を比較して少ないほう

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。