

自立支援医療(育成医療)治療用装具費請求書									
年 月 日									
壬生町長 様									
請求者 住 所									
ふりがな 氏 名 印									
続柄									
※住所コード()									
育成医療に要する治療用装具費について下記のとおり請求します。									
金 円									
公費負担者番号									本 人 氏 名
受 給 者 番 号									
医療保険の種別	1. 国民健康保険 2. 社会保険等 2. 生活保護								
品目または種類	形 式	数 量	単 価	金 額	振 込 金 融 機 関				
				円	円	銀行 支店・本店			
治 療 用 装 具 総 額	医 療 保 険 等 負 担 額		患 者 負 担 額		普・当No.				
					※金融機関コード ()				
	円		円		円				
検 収	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								
	担当医師氏名 印								

(注)保護者以外の方(業者等)が請求するときは、委任状を添付してください。
振込の口座は請求者名義のものであることを確認のうえ請求してください。
※欄は記入しないでください。