

様式第5号

自立支援医療(育成医療)治療用装具費支給申請書									
公費負担者番号									本人氏名
受給者番号									
自立支援医療受給者証有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
被保険者証等の記号及び番号							保険者等の名称		
担当医師の意見	病 名								
	必要とする治療用装具の種目型式								
	治療用装具を必要とする理由								
	費用見積額		金	円	医療保険負担額		円		
					育成医療対象額		円		
意見	上記のとおり治療用装具の必要を認める。								
	年 月 日								
	指定自立支援医療機関名								
担当医師名 印									
上記のとおり申請します。									
年 月 日									
住所									
申請者氏名									
壬生町長 様									