様式第24号

自立支援医療（育成）治療用装具費請求書

平成　　年　　月　　日

（あて先）宇都宮市長

〒　　－

住所

請求者　ふりがな

氏名　　印

続柄

※住所コード（　　）

自立支援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	1	6	0	9	6	0	2	6	本人氏名	
受給者番号								／	病名	
保険、生保の別	国保　　その他の保険　　生保									

品目または種類	型式	数量	単価	金額	振込金融期間
					銀行 支店 普・当　No. ※金融機関コード（　　）

治療用装具総額	社会保険等負担額	患者負担額

上記装具について平成　　年　　月　　日に上記患者に着用したことを確認します。

平成　　年　　月　　日

指定医療機関名

担当医師氏名　　印

（注）保護者以外のものが（業者等）が請求するときは、委任状を添付してください。

振込の口座については、請求者名義の口座（ゆうちょ銀行を除く）を記入してください。

※ 欄は子ども家庭課で記入します。

記載例

様式第24号

自立支援医療（育成）治療用装具費請求書

記入しないで下さい。 → 平成　年　月　日

（あて先）宇都宮市長

〒 320 － 8540

住所　宇都宮市旭1丁目1番5号

請求者　ふりがな　うつのみや　たろう

氏名　宇都宮　太郎

続柄　父

※住所コード（　　）

朱肉による印でお願いします。
欄外に捺印して下さい。

自立支援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

記入しないで下さい。

公費負担者番号	1	6	0	9	6	0	2	6	本人氏名	宇都宮　花子
受給者番号	0	7	0	0	0	0	0		病名	股関節脱臼
保険、生保の別	国保　その他の保険　生保									

品目または種類	型式	数量	単価	金額	振込金融期間
					○○銀行 ○○支店 ㊟・当 No. ○○○ ※金融機関コード（　　）

治療用装具総額	社会保険等負担額	患者負担額

上記装具について平成　年　月　日に上記患者に着用したことを確認します。

医療機関記入欄

記入しないで下さい。

平成　年　月　日

指定医療機関名

担当医師氏名　　印

（注）保護者以外のものが（業者等）が請求するときは、委任状を添付してください。

振込の口座については、請求者名義の口座（ゆうちょ銀行を除く）を記入してください。

※欄及び□部分は子ども家庭課、□は医療機関で記入します。