

自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書					
					令和 年 月 日
<p style="text-align: center;">(あて先) 宇都宮市長</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">続柄</p> <p style="text-align: center;">自立支援医療（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。</p> <p style="text-align: center;">※ 金 円</p>					
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 機 関
					銀行 支店
治療用装具総額	社会保険等負担額	患者負担額			普通預金 No.
					名義(カナ)()
<p style="text-align: center;">上記装具について平成・令和 年 月 日に上記患者に着用したことを確認します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名 印</p>					

(注) 保護者以外のもの（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、請求者名義の口座を記入してください。

※欄及び太枠部分は市で記入します。

自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

〒 320 - 8540

住所 宇都宮市旭 1 - 1 - 5

請求者 氏名 宇都宮 太郎

続柄 父

朱肉で押印してください。
欄外に捺印をお願いします。

自立支援医療（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

記入しないでください。

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 1 2 3 4 5 6	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
治療用装具総額	社会保険等負担額	患者負担額	振込金融機関
			〇〇銀行
			〇〇支店
			普通預金 No. 〇〇〇〇〇〇
			名義(カナ)()

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

令和 年 月

医療機関記入欄

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）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、請求者名義の口座を記入してください。

※欄及び太枠部分は市で記入しますので、記入しないでください。

は医療機関で、は市で記入します。