

# 自立支援医療（育成医療）治療用装具費の支給申請について

## ◎ 治療用装具費の支給について

自立支援医療（育成医療）治療用装具費の支給は、指定医療機関の医師が、自立支援医療（育成医療）受給者に対する治療に必要として判断し、健康保険が適用になった場合に対象となるものです。

## 〈申請に必要な書類〉

① 自立支援医療（育成医療）治療用装具費支給申請書

② 自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書

（①、②とも医師の記載箇所があります）

③ 治療用装具作成の見積書または領収書（コピー可）

④ 療養費支給決定通知書

（ご加入の健康保険に申請し、支給決定通知を受けてください）

⑤ 自立支援医療受給者証（育成医療）の写し

○ 振込先の銀行口座を確認できるもの

※ ①支給申請書及び②請求書の「金額」及び「日付」の欄は記入しないでください。

- ・ 上記書類を、子ども支援課にご提出ください。保健と福祉の総合相談窓口、各地区市民センター、各出張所でも提出することができます。

〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5  
宇都宮市 子ども部 子ども支援課  
TEL 028-632-2296

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	1	6	0	9	6	0	2	6	本人氏名
受給者番号									
受給資格者証 有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
被保険者証 の記号番号				保険者等の名称					
担当 医師 の 意見	病 名								
	必要とする装 具の種目型式								
	装 具 を 必 要 と す る 理 由								
	費 用 見 積 額		金			円 社会保険負担額		円	
						円 自立支援医療対象額		円	
<p>上記のとおり治療用装具の必要を認める。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定医療機関名</p> <p>担当医師名 <span style="float: right;">(印)</span></p>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p>氏名</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>									

## 記載例

様式第 20 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	1	6	0	9	6	0	2	6	本人氏名
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6		宇都宮 花子
受給資格者証有効期間	令和 〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇〇年 〇月 〇日								
被保険者証の記号番号	1 2 3 - 4 5 6 7 8			保険者等の名称			〇〇健康保険組合		
担当医師の意見	病名								
	必要とする装具の種目型式	医療機関記入欄 記入しないでください。							
	装具を必要とする理由								
	費用見積額	金	円	社会保険負担額	円	自立支援医療対象額	円		
	上記のとおり治療用装具の必要を認める。 令和 年 月 日 指定医療機関名 担当医師名 (印)								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 宇都宮市旭 1 - 1 - 5 氏名 宇都宮 太郎 (印) (あて先) 宇都宮市長									

■は医療機関で、■は市で記入しますので、記載しないでください。