

様式第3号

自立支援医療（育成医療）治療装具費支給申請書

年 月 日

（宛先）旭川市長

申請者 住 所
氏 名
受診者との続柄
電話番号

次のとおり、治療装具費の支給を申請します。

自立支援医療受給者証	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	受診者氏名					
	受給者番号		自己負担上限額		円	
	病 名					
	被保険者証の記号及び番号		保険者名			
治療装具	治療装具の名称		金額（総額）	円		
	保険給付額	円	自己負担額	円		
	申請額	円				
振込先	金融機関名	銀行・信金・農協・信組		本店・支店	口座種別	普通当座
	口座番号		口座名義（カタカナ）			

（添付書類）

- ・治療装具費に係る証拠書類（領収書等）
- ・治療装具を装着又は修理したことを証明する担当医師の証明書
- ・保険者が発行した療養費支給決定通知書又は支給決定金額を証明できるもの
- ・自立支援医療受給者証（育成医療）
- ・該当月の自己負担上限額管理票（原本）