

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									
〒 ー									
住所									
請求者 氏名									
続柄									
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									
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)()		
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 日									
指定医療機関名									
担当医師氏名 印									

(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

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	振込金融機関	
									〇〇銀行 〇〇支店	
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. 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。