

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	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。
--	---------	--	-----------