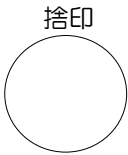


自立支援医療（育成医療）治療用装具費支給申請書

（宛先）小樽市長

令和 年 月 日



申請者 (保護者)	住所	〒 —		
	氏名		印	続柄
	電話番号	()		

下記のとおり治療用装具費の支給を申請します。
記

申 請 額 円 (装具代金－保険者償還額－自己負担額)

支給決定額 円 ※小樽市記入

フリガナ			生年月日	
受診者氏名			令和 年 月 日生	
医療受給者番号		自己負担上限額	円	
病 名	治療用装具の名称			
治療用装具代金 (総額)(注1)	金 円	保険者償還額 (注2)	金 円	
担当医師の 装着証明 (注3)	上記疾病の治療のため、治療用装具の装着の必要を認め、 令和 年 月 日に装着したことを証明します。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 担当医師名 印			
振込先 (注4)	金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人(カナ)
	銀行・金庫 本店 信組 支店 農協 出張所	普通 当座		

(注1) 装具製作者が発行した領収書の額を記載してください。
(注2) 保険者からの償還額（保険負担分）を記載してください。
(注3) 治療用装具を装着後に、担当医師の証明を受けてから申請してください。
(注4) 申請者（保護者）と同一名義の口座を記載してください。

- 【添付書類】
- ☐ 装具製作者が発行した見積書及び領収書
 - ☐ 保険者から交付された療養費支給決定通知書(写)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)(写)
 - ☐ 該当月の自己負担上限額管理票(原本)

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

保健所記入欄			
購入年月日		治療用装具代金	円
自己負担月額上限額	円	医療保険者負担額	円
月分自己負担額累計	円	自己負担額(装具分)※	円
差引額（残自己負担額）	円	育成医療支給額	円

※治療用装具代金の1割又は残自己負担額を比較して少ないほう

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。