

自立支援医療（育成医療・更生医療）治療用装具費支給申請書

年 月 日

滝川市福祉事務所長 様

申請者 (保護者)	住 所	〒		
	氏 名		続 柄	
	電話番号			

治療用装具費の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
受診者氏名					
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	円		保険者償還額 *注2	円	
申 請 額 (装具代金－保険者償還額－自己負担額)			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、 年 月 日に装着したことを証明します。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 担当医師名				
振 込 先 *注4	金融機関名		預金種別	口座番号	口座名義人(か)
	銀行・金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		
添 付 書 類	☐ 装具制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（写し）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（写し） ☐ 該当月の自己負担上限額管理票（原本）				

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