

## 自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書

|              |                 |         |                 |
|--------------|-----------------|---------|-----------------|
| 保 険          | 有（社保・国保）・ 無     | 保険者負担割合 |                 |
| 請 求 金 額      | ¥               | 内 訳     | 装具の価格           |
|              |                 |         | 保険者負担額          |
|              |                 |         | 自己負担額           |
|              |                 |         | 公費負担額<br>(請求金額) |
| 公費負担者番号      | 1 6 2 8 6 0 8 0 | /       |                 |
| 自立支援医療費受給者番号 |                 |         |                 |
| 受<br>診<br>者  | フリガナ            |         |                 |
|              | 氏 名             |         |                 |
|              | 住 所             | 〒       |                 |

上記のとおり請求します。

令和    年    月    日

芦屋市長 宛

請求者

住 所

フリガナ

氏 名

印

電 話

|             |         |     |      |  |    |
|-------------|---------|-----|------|--|----|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名   | 銀行  |      |  | 支店 |
|             | 預金種別    | 普・当 | 口座番号 |  |    |
|             | フリガナ    |     |      |  |    |
|             | 口座名義人氏名 |     |      |  |    |

(添付書類)

- ・ 治療用装具装着等証明書
- ・ 自立支援医療（育成医療）受給者証の写し
- ・ 自立支援医療（育成医療）自己負担上限額管理票の写し
- ・ 治療用装具の領収書の写し
- ・ 治療用装具の明細書
- ・ 保険者の支給決定通知書
- ・ 振込先預金通帳の写し