

## 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 (請求金額)
公費負担者番号	1 6 2 8 6 0 8 0	(斜線表示)	
自立支援医療費受給者番号			
受 診 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 込 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