

自立支援医療費（育成医療）治療材料費等支給申請書

申請年月日 年 月 日

遠軽町長 様

住所
 申請者 氏名 ⑩
 (保護者) 個人番号
 続柄
 電話番号

次のとおり治療材料費等の支給を申請します。

記

申請額 _____ 円（治療材料等代金－保険者償還額－自己負担額）

支給額 _____ 円 ※遠軽町記入

フリガナ							性別	生年月日			
受診者氏名							男・女	年 月 日			
	個人番号										
自立支援医療費 受給者番号							自己負担 上限額				
病名							治療材料費等 の名称				
治療材料費等 代金（総額） （※1）	金 _____ 円						保険者償還額 （※2）	金 _____ 円			
担当医師の証明 （※3）	上記疾病治療のため、治療材料費等の必要を認め 年 月 日に治療材料費等を使用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 _____ ⑩										
振込先 （※4）	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 支所 出張所			種目	口座番号			
	金融機関コード			店舗コード			1 普通				
							2 当座				
							3 その他				
	フリガナ										
	口座名義人										

- ※1 業者等が発行した領収書の額を記載すること。
- ※2 保険者からの償還額（保険負担分）を記載すること。
- ※3 治療材料費等を使用後に、担当医師の証明を受けてから申請すること。
- ※4 申請者（保護者）と同一名義の口座を記載すること。