

自立支援医療費(育成医療)治療材料費等支給申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
個人番号
続柄
電話番号

印

下記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 生	
	個人番号				
医療受診者番号			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) (注1)	金 円		保険者償還額 (注2)	金 円	
担当医師の証明(注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 印				
振込先 (注4)	金融機関名		預金種別	口座番号	
	銀行・金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		
				口座名義人(カナ)	

- (注1) 業者等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) 治療材料費等を使用後に、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。