

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								生年月日
受診者氏名								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。