様式第４号

|  |
| --- |
| 治療装具支給申請書 |
| 自立支援医療受給者証 | 公費負担番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |
| 本人氏名 |  | 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 |  |
| 被保険者証の記号及び番号 |  | 保険者名 |  |
| 病名 |  |
| 治療装具費 | 補装具の金額 |  |
| 医療保険負担金差　引　額 |  |
| 申請（請求）金額 |  |
| 自己負担額 |  |
| 　　上記の通り関係書類を添付して申請（請求）します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　八頭町長　　様　　　 |

※添付書類

　・治療装具の装着の必要を認める旨の担当医師の診断書

　・治療装具費に係る証拠書類（領収書等）

　・治療装具を装着又は修理したことを証明する担当医師の証明書

　・保険者が発行した治療装具の購入に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費

支給決定通知書

　・自己負担上限管理表

　・その他の町長が必要と認める書類