

公費負担番号	
自立支援医療費 の受給者番号	

医療用補装具（決定書）申請書（育成医療）			
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	電話番号		
被保険者証の 記号番号		保険者名	
補装具名称		補装具の 見積額	円
希望する補装 具業者の名称		左の所在地	
指定自立支援 医療機関名		担当医師名	
担当医師の 意 見	記載年月日 年 月 日		
<p>上記のとおり見積書を添え申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者(保護者) 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">受診者との続柄</p> <p style="text-align: center;">大牟田市長 殿</p>			
補装具の金額	円	医療保険 負担額	円
公費負担額	円	自己負担額	円
<p>上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大牟田市長 印</p>			

大牟田市受付印
