

公費負担番号	市役所で記入します
自立支援医療費の受給者番号	市役所で記入します

子どもさんに関する
 ことをご記入ください。

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	大牟田 大	生年月日	平成15年10月 7日
住 所	大牟田市不知火町1-5-1 電話番号 090-(888)-7777		
被保険者証の 記号番号	41-3555	保険者名	全国健康保険協会 福岡支部
補装具名称		補装具の 見積額	
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		
上記のとおり見積書を添え申請します。 病院での 記入になり ます。 申請者(保護者)住 所 年 月 日 氏 名 受診者との続柄 大牟田市長 殿 保護者に関す ることをご記入 ください。			
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
上記のとおり決定します。 年 月 日 大牟田市長 印			

大牟田市受付印