

育成医療用補装具費請求書

負担者番号	1	6	2	7	6	0	2	4	受給者証有効期間	令和 年 月 日 から
受給者番号										令和 年 月 日 まで
フリガナ									生年月日	平成・令和
受診者氏名										年 月 日 (歳)
保護者	氏名								電話番号	
	住所	大阪市 区								

交付又は修理する補装具の種目		修理の部位	
自己負担上限額	円	請求額 ※	円
補装具製作者 又は修理者の 住所及び氏名			

※請求額欄は「本市負担額(請求額)」の額を記入してください。

金融機関	銀行	支店	
預金種目 (いずれかに○)	当座 ・ 普通	口座番号	
フリガナ 口座名義			

上記のとおり関係書類を添えて請求します。

令和 年 月 日

大 阪 市 長

請求者(保護者)氏名

《添付書類》

- ①装着証明書
- ②装具の領収書(明細を含む)の写し
- ③療養費支給決定通知書
- ④自立支援医療受給者証(育成医療)
- ⑤自立支援医療(育成医療)自己負担額上限管理票

----- これより下の欄には記入しないでください -----

<大阪市記入欄>

費用	補装具価格	保険負担額	自己負担上限額 (月額)	補装具受領月の 本人既負担額
	A	B	C	D
	本人負担予定額	自己負担上限額 までの金額	本人負担決定額	本市負担額 (請求額)
	a	b	c	d

保健福祉センター受付印

※添付書類③～⑤については、写しを取り原本照合を行うこと。