

(第 14 号様式)

自立支援医療（育成医療）補装具費請求書

年 月 日

(宛先) 京都市長

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。

記

金 _____ 円

ただし、自立支援医療（育成医療）補装具費として

(注) 請求者氏名は、受取人（口座名義人）としてください。