

自立支援医療（育成医療）補装具費支給申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

申請者住所
受診者との続柄
申請者氏名

下記のとおり育成医療用補装具費の給付を申請します。

記

受診者	フリガナ 氏名	-----			生年月日	年 月 日		
	住所							
公費負担医療 の受給者番号				受給者証 交付年月日	年 月 日			
補装具の名称				価格	円			
補装具 製作者	名称							
	所在地							
振込 先	金融機関名	銀行 金庫 支店						
	預金種別	1 普通 2 当座	(フリガナ) 口座名義人		()			
	口座番号						左詰記入	