

第9号様式（第7条関係）

育成医療治療用装具費内訳書

請求金額 円

受給者番号			
受診者の氏名			
治療用装具の名称			
治療用装具の製作費 ※ 1			
社会保険の給付額 ※ 2			
自己負担額 ※ 3			
差引請求額 ※ 4			
希望する振込口座名			
銀行			
支店			
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義			

年 月 日

請求者住所

氏 名

藤沢市長

※1・2 金額を証明する書類を添付すること。

※3 治療用装具装着月の上限額管理票の残額と装具製作費の1割を比較し、少ない額を自己負担額とする。