

決 裁	部 長	課 長	課長補佐	係 長	担 当	決 定 番 号	第 号	
						支 請 求 額	円	
	平成 年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。					給	自己負担分	円
							支給決定額	円
不支給		事由						

<b>治療用装具にかかる医療費支給申請書（老人）</b>										
受 給 者 番 号										
被保険者証の記号番号			記号		番号					
保険者の名称・所在地			名称		所在地					
受 給 者	氏名		住所			常総市				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日					男・女			
発病・負傷の 原 因		第三者行為 該当の有無			有 無	第三者の 住所・氏名				
担 当 医 師 の 意 見 欄	傷 病 名		診療開始 年 月 日		年 月 日					
	治療用装具の 名称・形式									
	治療用装具に 要した費用		円	決定金額		円				
	この者に対し、上記の治療用装具の装着を指示したことを認めます。 年 月 日 保険医療機関名 所 在 地 担当医師の氏名 印									
上記のとおり、医療費に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 常 総 市 長 殿 受給者 印										

処理 区分	台帳	通知	支給		医 療 費 審 査 委 員 会 処 理	診 療 月	整 理 番 号	審 査 済 印
----------	----	----	----	--	---------------------------	-------	---------	---------