様式第20号の3（第3条関係）

公費負担者番号	
公費負担者医療の受給者番号	

医療用補装具費支給申請書

本人氏名		生年月日	年　月　日	住所	TEL
補装具名称		補装具の見積額			
希望する補装具業者の名称		左の所在地			
治療を受けている医療機関		指定医師名			
補装具を必要とする指定医師の意見		保険の種類	健保　国保　生保		
		入院通院の別	入院　通院		
	記載年月日　年　月　日				

振込先金融機関	□銀行 □農協		支店					
	口座番号（右詰め）							
	□ 普通預金 □ 当座預金	フリガナ						
		名義人						

上記のとおり見積書を添え申請します。

年　月　日

保護者の住所

氏　名　印

（宛先）　春日市福祉事務所長