第7号様式(第4条関係)

治療材料費支給申請書

年　　月　　日

　　　　御杖村長　　　　殿

申請者　　住所

氏名

本人との続柄(　　　　　)

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 交付年月日 | 　 |
| 本人の氏名・性別 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 病名及び不自由の状況 | 　 |
| 申請の理由 | 　 |
| 申請額 | 　 |
| 指定自立支援医療機関の担当医師の意見 | (意見) |
| 指定自立支援医療機関の名称　　担当医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　注　次の書類を添付してください。

　　1　保険者が発行した治療材料の購入に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費支給決定通知書の写し

　　2　治療材料の購入に必要とした費用についての領収書の写し

　　3　その他村長が必要と認める書類