

治療用装具支給申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 奈良市長

申請者 氏名 奈良 一郎
受診者との続柄 (父)
住所 奈良市三条本町〇〇
電話番号 0742-〇〇-XXXX

治療用装具の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

自立支援医療 受給者証の 受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	交付年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
受診者氏名	奈良 桜	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
病名	受診者の病名を記入		
必要とする 治療の 装具名	治療用装具の名称を記入		
申請額	こちらは空白のまま提出してください。		円