様式第１０号

自立支援医療(育成医療)治療材料費・移送費支給申請書

年　　　月　　　日

（宛先）さいたま市保健所長

（申請者）　氏名

受診者との続柄

住所

（受診者と異なる場合記入）

私は、次のとおり自立支援医療費を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 受給者番号 |  | 自己負担上限額 | 円 |
| 受診者の被保険者証の記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 指定自立支援医療機関 |  |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行・信組　　　　　　　　　　　　　農協・信金 | 　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座種別 | 　普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

 注 （１）申請額については、治療材料費総額から医療保険負担額を控除した残りの金額を記入すること。

（２）振込口座の名義名と申請者は同一のこと。