

治療材料 育成医療 看—護 費支給申請書 移—送			
育 成 医 療	9 9 9 9 9 9 9	治療材料 看—護 承認番号	
受 給 者 番 号		移—送	
受 診 者 氏 名	長岡 太郎		
指定医療機関名	長岡病院		
別紙「内容証明書」及び関係書類を添えて上記費用を請求します。 ○年 ○月 ○日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 〒 9 4 0 - 9 9 9 9 申請者住所 長岡市大手通 1 - 4 - 1 0 申請者氏名 長岡 一郎 (電話番号 0 2 5 8 - 3 9 - 9 9 9 9) </div> 長岡市長 様			

[関係書類]

- 自立支援医療受給者証の写し
- 領収書の写し
- 療養費支給決定通知書
- 該当月の自己負担上限管理表の写し
- 育成医療（治療材料・看護・移送）費請求書