

第 11 号様式(第 11 条関係)

補装具代金(育成医療)還付請求書

年 月 日

日進市長 あて

請求者	フリガナ				受診者との続柄	
	氏名	印				
	フリガナ					
	住所	〒				
	電話番号					
	請求者名義の口座	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号	

受診者	氏名			交付番号	
	自己負担上限額 (A)				円

下記のとおり育成医療にかかる補装具代金を請求します。

請求額	円	(下表(E)の額となります。)
-----	---	-----------------

支給決定	補装具代金(B)	内訳	保険負担金(C)	円	支払確定額
	円		保険者の決定通知額		
			自己負担額(D)	円	
		下記「請求額の計算方法」参照	円		
	公費負担額(E)	円	円		
	(= (B) - (C) - (D))	円			
	補装具診療月の自己負担額累積額(F)		円	円	

請求額の計算方法

$$(A) - (F) \geq (B) \times 1/10$$

(10 円未満四捨五入)の場合

$$(D) = (B) \times 1/10 \text{ (10 円未満四捨五入)}$$

$$(A) - (F) < (B) \times 1/10$$

(10 円未満四捨五入)の場合

$$(D) = (A) - (F)$$

備考 1 太字で囲った部分にご記入ください。

2 請求者は、補装具交付券を申請者とし、口座名義人も同一にしてください。

3 添付書類：補装具交付券(医師の装着確認証明のあるもの)、補装具製作者の領収書(写)、保険者の給付決定通知書(写)、補装具診療月の自己負担上限額管理票