

育成医療費支給申請書

種別		金額	
受給者氏名		生年月日	年 月 日
病名		発症年月日	年 月 日
受給者番号		指定医療機関名	

別紙「育成医療補装具装着証明書」を添えて育成医療費の支給を申請します。

年 月 日

申請者住所

受給者との続柄

申請者氏名

(宛先) 川 崎 市 長