

様式第7号（第9条関係）

自立支援医療費（育成医療）治療用補装具交付申請書		
補装具の装着を必要とする者の氏名		
自立支援医療費受給者番号 ※		: : : : : : : : : :
受給者証の有効期間 ※		年 月 日から 年 月 日まで
希望する補装具製作者	住 所	
	氏 名	
別紙「治療用補装具交付意見書」を添えて、補装具の交付を申請します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 申請者住所 申請者氏名 印 続 柄 生年月日 上天草市福祉事務所長 様		
受付年月日		
進達年月日		印

※自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書又は育成医療給付申請書と同時に申請をする場合はこの欄の記載は必要ありません。