

治療材料 育成医療 看護 費支給申請書 移送			
育 成 医 療		治療材料	
受 給 者 番 号		看 護 承 認 番 号	
		移 送	
受 診 者 氏 名			
指定医療機関名			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 - -)</p> <p>長岡市長 様</p>			

[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