

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

# 育成医療装具費等請求書

令和 年 月分を次のとおり請求します。

令和 年 月 日

## 横浜市 長

受給者 フリガナ  
(お子さん) 氏名

請求者 住所  
(保護者)

フリガナ  
氏名

印

※

支払決定額	¥
-------	---

請求金額 ¥ \_\_\_\_\_

(注)

- ※印欄には記入しないでください。
- 振込先金融機関(請求者と同一名義の口座)を下記へ記入してください。

↓どちらかを○で囲んでください。

振込先金融機関

普通

\_\_\_\_\_銀行 \_\_\_\_\_支店 当座 口座番号 \_\_\_\_\_

育成医療の受給者証に  
印字されている  
受給者番号を記入し、  
受給者証のコピーを  
添付してください。

受給者番号

0

1

×

×

×

×

×

## 育成医療 装具費等請求書

令和 2 年 7 月分を次のとおり請求します。

令和 2 年 11 月 5 日

装具の作成費用を  
支払った月（支払月が  
育成医療の有効期間外  
の場合は装具を装着  
した月）

横 浜 市 長

受 給 者  
(お子さん)

フリガナ イクハマ ノゾミ  
氏 名 育 浜 のぞみ

請 求 者  
(保護者)

住 所 横浜市〇区▲1-2-3  
はやぶさハイツ101

フリガナ イクハマ ヒカリ  
氏 名 育 浜 ひかり



この欄は横浜市が使用しますので  
記入しないでください。

※

支払決定額

¥

請求金額

¥

(注)

- ※印欄には記入しないでください。
- 振込先金融機関(請求者と同一名義の口座)を下記へ記入してください。

振込先金融機関

↓どちらかを○で囲んでください。

普通

こ だ ぬ き

銀行

こ ぎ つ ね 駅 前

支店

当座

口座番号 XXXXXXXXXX