様式第８号（第８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 (個人番号)		（　　）
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。

年　月　日

申請者住所

続　柄　補装具の装着を必要とする者の（　　）

申請者氏名

個人番号

熊　本　市　長　（宛）

※自立支援医療費（育成医療）申請と同時にこの申請をする場合はこの欄の記入は必要ありません。

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北

個人番号関係	身元確認(本人・代理人)：未・済	個人番号カード・運転免許証・その他(　　)
	個人番号確認　：未・済	個人番号カード・通知カード