

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

(宛先) 秋田市長	年 月 日								
年 月分 から 年 月分（ か月）の 小児慢性特定疾病医療費の支給について下記のとおり申請します。									
<table border="1" style="width: 80%; margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">医療費申請額</td> <td style="width: 5%;">百万</td> <td style="width: 5%;">十万</td> <td style="width: 5%;">万</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> </table>		医療費申請額	百万	十万	万	千	百	十	円
医療費申請額	百万	十万	万	千	百	十	円		

受 診 者	氏名		受給者番号				
	住所			自己負担上限額			
申 請 者 (保 護 者)	フリガナ				受診者との続柄		
	氏名						
	フリガナ						
	住所	〒		TEL ()			
振込先	銀行名	銀行・農協 信金・信組	1 普通 2 当座	口座 番号			
		支店					
	カナ						
口座名義人							

○記入上の注意

- 1 この申請書は有効期間の範囲内で認定された疾病において、指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）で医療費（月額自己負担上限額を超える額、又は3割負担をされた場合）を支払った場合や、指定医療機関外での医療費についてもやむを得ない事情の場合は、償還払いの対象とします。（ただし、保険適用外は、対象外です。）
- 2 太枠内のみ記入してください。
- 3 小児慢性特定疾病医療費証明書および領収書を添付してください。
- 4 ゆうちょ銀行については、支店名に店番を記入してください。
- 5 小児慢性特定疾病医療費証明書の手数料が発生した場合は、申請者の負担となります。