様式第12号（第14条関係）

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （宛先）秋田市長  　　　　　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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。