

小児慢性特定疾病等医療費支給申請書

年 月 日

赤穂市長 宛

住所

申請者 氏名

(保護者) 対象者との続柄

電話 ()

下記のとおり相違ありませんので、関係書類を添えて小児慢性特定疾病等医療費の支給を申請します。
 審査に当たり加入医療保険情報等の関係公簿を調査（個人番号制度による情報連携を含む。）すること及び関係機関へ照会を行うことに同意します。

個人番号			
対象者	氏名	生年月日	
		年	月 日
医療機関等	名称 所在地	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	入院 ・ 通院
			年 月 日 年 月 日 () 日間
支給区分	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療支援 <input type="checkbox"/> 難病法に基づく特定医療 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護（経過措置）		

なお、小児慢性特定疾病等医療費は、下記の預貯金口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀行 金庫・組合 農業協同組合	本店 支店	口座番号	普通 当座
			(フリガナ)	
			口座名義	

加入医療保険	保険者名	保険者番号	被保険者等記号・番号	被保険者氏名
			記号 番号	

※ 審 査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	支給決定額 (a)-(b)
	点	円	円	円

支給決定	係	係長	課長	支払年月日

※印欄は記入しないでください。

※本人確認（うち内容によるもの）

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。