

小児慢性特定疾病等医療費支給申請書

記入例

年 月 日

○申請に必要なもの

- 《情報連携希望しない場合》
 - ・加入保険情報がわかるもの
- 《情報連携希望する場合》
 - ・対象者の本人確認書類
 - ・対象者の個人番号のわかるもの
- 《共通》
 - ・窓口に来られる人の本人確認書類
 - ・領収書
 - ・振込先口座等がわかるもの
 - ・特定医療費受給者証・自己負担上限管理票

住所 赤穂市加里屋81番地

申請者 氏名 赤穂 太郎

(保護者) 対象者との続柄 父

電話 0791 (43) 6820

係書類を係公簿を情報連携を希望する場合は個人番号をご記入ください。

個人番号	○○○○ □□□□ ○○○○ □□□□		
対象者	氏名	生年月日	
	赤穂 一郎	令和○年○月○日	
医療機関等	名称	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	令和×年×月×日
	所在地		令和×年×月○日 (○○) 日間
支給区分	<input checked="" 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	本店	口座番号	普通 当座	△△△△△△
		金庫・組合	△△ 支店	(フリガナ)	アコウ タロウ	
		農業協同組合		口座名義	赤穂 太郎	

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
	××健康保険組合	□□□□□□□□	記号 △△ 番号 ○○○○○○	赤穂 太郎

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

加入医療保険を資格確認書、マイナポータルの画面、健康保険証等を参考に記入してください。

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。