

第13号様式

小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者住所.....

申請者氏名.....

受給者との続柄.....

下記のとおり申請します。

記

受給者番号		受給者氏名	
受給者証有効期間		申請額	円
振込先	銀行 支店(普通・当座) 口座番号 (フリガナ) 口座名義人	償還払いを必要とする理由	

指定医療機関の証明

公費に係る総医療費	円	医療保険等負担分	円
患者自己負担分	計 円	決定額	※ 円
(内 訳)	医療費 円	食療養費 円	年 月 日から
	薬剤費 円		年 月 日まで 日間

上記のとおり、受給者 に対する小児慢性特定疾病医療支援を実施し、患者自己負担分を受領したことを証明します。

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の長の氏名

注1) ※の欄は記載しないでください。

注2) 領収書を必ず添付してください。また、高額療養費支給適用となった場合は、それを証明する書類を必ず添付してください。

注3) 受給者が成人である場合、受給者本人又は成年後見人以外が請求を行うには受給者の委任状が必要となります。