

(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	御池 花子
受給者証		申請額	円
小児慢性特定疾病として承認を受けた疾病に係る医療費についてのみ記載してください。ただし、承認を受けた疾病に起因する症状（合併症や治療の副作用等への治療）についても対象となります。		償還払いを必要とする理由	
		口座名義人	

実際に支払いを受けた金額を記載してください。（保険診療分のみ）

指定医療機関の証明

公費に係る総医療費	100,000 円	医療保険負担分	70,000 円
患者自己負担分	計 30,000 円	決定額	※ 円
(内 訳)	医療費 30,000 円 食療養費 円 薬剤費 円	令和5年12月2日から 令和6年1月15日まで 2日間	

上記のとおり、受給者 御池 花子 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

受給者証に記載の有効期間内の日付にしてください。月を跨ぐ場合でもまとめて記載いただけます。

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。

次ページ以降に事例ごとの記入例を掲載しています。

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

【記入例①】通院（3か月で6日間）	
小児慢性特定疾病医療費支給制度で認定された疾病に対する治療の総点数…18,000点 子ども医療等福祉医療費支給事業の適用なし 自己負担3割	

この場合は医療保険の負担額

指定医療機関の証明

公費に係る 総医療費	A 180,000 円	医療保険等 負担分	A-B 126,000 円
患者 自己負担分	計 B 54,000 円 B=C+D+E	決定額	※ 円
(内 訳)	医療費 54,000 円 C 食事療養費 0 円 D 薬剤費 0 円 E	D 令和5年 12 月 13 日から E 令和6年 2 月 24 日まで 6 日間	
上記のとおり、受給者 御池 花子 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	京都市□□区××町123番地		
指定医療機関の名称	〇〇病院		
指定医療機関の長の氏名	平安 一郎		

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。

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

【記入例②】子ども医療ありの小学生、入院（4日間）	
小児慢性特定疾病医療費支給制度で認定された疾病に対する治療の総点数…10,000点 食事の回数…10回（1食460円として計算）	
子ども医療費支給制度の適用により入院医療費の自己負担200円→償還対象外	
口座名義人	

この場合は医療保険と
子ども医療の負担額の合計

指定医療機関の証明

公費に係る 総医療費	A 106,400 円	医療保険等 負担分	A-B 101,600 円
患者 自己負担分	計 B 4,800 円 B=C+D+E	決定額	※ 円
(内 訳)	医療費 200 円 C 食療養費 4,600 円 D 薬剤費 0 円 E	令和5年12月1日から 令和5年12月4日まで	4日間

上記のとおり、受給者 **御池 花子** 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 **京都市□□区××町123番地**
指定医療機関の名称 **〇〇病院**
指定医療機関の長の氏名 **平安 一郎**

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。

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
【記入例③】子ども医療等福祉医療費支給事業の適用なしの高校生、入院（45日間）	
小児慢性特定疾病医療費支給制度で認定された疾病に対する治療の総点数…250,000点 食事の回数…132回（1食460円として計算）	
高額療養費（区分ウ）の適用により、本人負担102,430円	

指定医療機関の証明

公費に係る 総医療費	A 2,584,480 円	医療保険等 負担分	A-B 2,421,330 円
患者 自己負担分	計 B 163,150 円 B=C+D+E	決定額	※ 円
(内 訳)	医療費 102,430 円 C 食事療養費 60,720 D 薬剤費 0 円 E	令和6年2月1日から 令和6年3月17日まで 45日間	
上記のとおり、受給者 御池 花子 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	京都市□□区××町123番地		
指定医療機関の名称	〇〇病院		
指定医療機関の長の氏名	平安 一郎		

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。