

小児慢性特定疾病医療費支給申請書																									
小児慢性特定医療費医療受給者証	受給者番号						交付年月日																		
	住所																								
	フリガナ氏名																								
	加入医療保険	保険の種別																							
		保険者名																							
	疾病名																								
指定医療機関																									
療養費	医療費総額																								
	医療保険負担差引額																								
	自己負担限度額																								
	申請(請求)金額																								
<p>上記のとおり関係書類を添付して申請(請求)します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請(請求)者 住所 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">鳥取市長 様</p> <p style="text-align: center;">下記の口座に振り込んでください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">フリガナ 口座名義</td> <td colspan="5"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">印</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込先 金融機関</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">銀行・農協</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">支店・支所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">当座・普通</td> <td style="text-align: center;">口座番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								フリガナ 口座名義						印	振込先 金融機関	銀行・農協		支店・支所			当座・普通	口座番号			
フリガナ 口座名義						印																			
振込先 金融機関	銀行・農協		支店・支所																						
	当座・普通	口座番号																							

※添付書類

- ・診療証明書(様式第9号別紙)又は自己負担上限額管理票の写し
- ・治療費の額を証明する領収書等
- ・医療保険各法の規定による薬局での保険調剤については、処方箋の写し
- ・訪問看護事業所等による訪問看護料については、医師の訪問看護指示書の写し