

【別紙様式第10号】

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

年 月 日

熊本県知事 様

小児慢性特定疾病に係る 年 月から 年 月までの医療費について、下記のとおり申請します。

申請者 (支給認定保護者)	受給者番号								受給者証の有効期間	自 年 月 日	至 年 月 日
	氏名								※左記は受給者証の「保護者」の氏名を記入してください		
	自己負担上限月額	円							申請額	円	
振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協							本店 支店 出張所		
	種別	普通 ・ 当座					口座番号				
	(フリナガ)口座名義 ※原則申請者と同一										

<申請される方へ>

- ※添付書類：1. 医療機関発行の領収書
(認定疾病の治療に係る診療報酬点数の内訳がわかるもの)
2. 受給者証 (写)
3. 高額療養費支給決定通知書 (写)
4. 付加給付の証明書 (写) ※3・4は該当がある場合のみ

- (注) 1 申請対象となる医療費は、認定された小児慢性特定疾病に係る治療等のみです。
2 高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
3 領収書(原本)を添付してください。認定疾病以外の治療を同時に受けられた場合等は、その内訳がわかる明細表等を併せて提出してください。領収書がない方は、小児慢性特定疾病医療費証明書を添付してください。
4 「こども医療費」と重複して支給を受けることはできません。また、「自己負担上限月額」の範囲内である場合は支給できません。

<県記入欄>

支払い決定金額		保健所受付印	子未来受付印
金 円			

