

【別紙様式第9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	受給者番号								受給者証の有効期間	自 至	年 月 日	年 月 日
	氏 名 ＜受診者が18歳未満の場合＞ 受診者証の「保護者」の氏名を記入。 ＜受診者が18歳以上の場合＞ 受診者の氏名を記入。											
	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			
	(フリガナ) 口座名義 ※原則申請者と同一											

(裏に続く)

＜申請される方へ＞

※添付書類：1. 医療機関発行の領収書（原本又は写し）
（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（写し）
3. 高額療養費支給決定通知書（写し）
4. 付加給付の証明書（写し）
※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（原本又は写し）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			

(別紙様式第9号つづき)
※領収書がない場合のみ提出してください

小児慢性特定疾病医療費証明書												(		年		月分)	
受診者	受給者番号									氏 名							
	生年月日		年					月		日							
	保険の種類：												自己負担割合：		割		
医療機関分（明細） * 医療機関が記入																	
区 分		診療実日数		診 療 日		公費対象点数 ※（）内は該当月の総 点数を記載のこと			患者負担額 ※高額療養費現物給付制度適用で限度額 を超える場合は負担限度額を記載				備 考 欄				
入院医療費		日		日から 日まで		(点 点)			円								
									高額現物給付制度適用（あり・なし）								
食事療養費		日		日から 日まで		(基準額) 円			円								
通院医療費		日		日から 日まで		(点 点)			円								
小児慢性特定疾病（病名：）に係る療養について、上記のとおり領収した ことを証明します。 年 月 日																	
医療機関		所在地 名 称 代表者名 (担当者名) 電話番号															
薬局分（明細） * 薬局が記入																	
区 分		実調剤日数		診 療 日		公費対象点数			患者負担額				備 考 欄				
院外処方による薬局分		日		日から 日まで		点			円								
小児慢性特定疾病（病名：）に係る療養について、上記のとおり領収した ことを証明します。 年 月 日																	
薬 局		所在地 名 称 代表者名 (担当者名) 電話番号)															
訪問看護ステーション分（明細） * 訪問看護ステーションが記入																	
区 分		実訪問日数		訪 問 日		基 準 額			患者負担額				備 考 欄				
訪問看護療 養 費		日		日から 日まで		円			円								
小児慢性特定疾病（病名：）に係る療養について、上記のとおり領収した ことを証明します。 年 月 日																	
訪問看護ステーション		所在地 名 称 代表者名 (担当者名) 電話番号															

※ 1月ごとに作成してください。