

【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		
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）
（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）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 所得区分：								
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。