

高槻市小児慢性特定疾病医療費等申請書

高槻市長 様										年	月	日
下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費を申請します。												
申請金額												円
受給者	氏 名						受給者番号					
	住 所											
申請者 ※18歳未満の場合は受診者本人	フリガナ								受給者との続柄			
	氏 名								受給者の			
	住 所	〒										
振込先口座（申請者名義）	金融機関名						銀行 金庫 農協	支 店 出張所名	本店 支店 店番号【 】出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座			ふりがな							
					口座名義人							
	口座番号								※左詰記入			

- * 添付書類
- ・ 小児慢性特定疾病医療受給者証
 - ・ 医療費の申請をしようとする月の小児慢性特定疾病医療費に係る領収書等
 - ・ 医療費の申請をしようとする月の自己負担上限額管理票

※申請額は、必ず月別に計算してください。

診療月	医 療 費 等 申 請 額 計 算 欄		
年 月分	医療機関支払額累計① (名称：) 円	医療機関支払額累計② (名称：) 円	医療機関支払額累計③ (名称：) 円
	医療機関支払額累計④ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称：) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額(B) 円	差引申請額(A－B＝C) 円
年 月分	医療機関支払額累計① (名称：) 円	医療機関支払額累計② (名称：) 円	医療機関支払額累計③ (名称：) 円
	医療機関支払額累計④ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称：) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額(B) 円	差引申請額(A－B＝C) 円
年 月分	医療機関支払額累計① (名称：) 円	医療機関支払額累計② (名称：) 円	医療機関支払額累計③ (名称：) 円
	医療機関支払額累計④ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑤ (名称：) 円	医療機関支払額累計⑥ (名称：) 円
	①～⑥の支払額の合計 (A) 円	自己負担上限月額(B) 円	差引申請額(A－B＝C) 円
			差引申請額の合計
			円