

# 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	
	氏名 <small>&lt;受診者が18歳未満の場合&gt; 受診者証の「保護者」の氏名を記入。 &lt;受診者が18歳以上の場合&gt; 受診者の氏名を記入。</small>													
	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 <small>※原則申請者と同一</small>													

(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  
(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			

(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。