

小児慢性特定疾病医療費支給申請書 兼 口座振替申出書

年 月 日

下記の通り(年 月)受診分の小児慢性特定疾病医療費の支給を申請いたします。

下関市長様

申請者	ふりがな						生年月日			受診者 との続柄	
	氏名										
	住所	〒									
	振込先 口座	銀行名	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店名	TEL:		本店 支店 支所 出張所	口座 種別	普通 ・ 当座		
	口座 名義人			口座 番号							
	フリガナ										
受診者	ふりがな						生年月日				
	氏名						受給者番号				
	対象疾病						公費負担番号				
	受診医療 機関名						高額療養費適用		<input type="checkbox"/> 有		

【記入の注意事項】

- (1) 職員記入欄には記入しないでください。
- (2) 振込口座については申請者の名義の口座を記載してください。
- (3) 誤記の訂正は、誤記の部分に二重線で消して修正してください。修正ペン、修正テープによる訂正は不可です。
- (4) ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用の支店番号・口座番号を記入してください。

【申請される方へ】

- (1) 下記の書類を揃えて、申請書を提出してください。
 - ・小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、該当月の自己負担上限額管理票の写し
 - ・領収書原本(領収印のあるもの)
 - ・初めて申請する場合は、通帳の写し(申請の口座である旨と口座番号等がわかるページ)
- (2) 小児慢性特定疾病にかかる保険適用分の医療費が助成対象です。入院個室料、診断書料、有効期間外に受けた医療、認定された疾病にかかわりのない治療や保険適用外サービスは助成の対象となりません。また、提出された領収書に確認が必要な事がある場合は、申請者又は医療機関、保険者に連絡する場合があります。
- (3) 申請の有効期限は、領収証に記載されている受診日から2年間以内となります。それ以前の請求については、受理できません。
- (4) 書類提出後、内容を審査の上、償還払いの手続きをします。口座振り込みまでに時間を要する場合がありますのでご了承ください。支給決定いたしましたら、支給額を通知いたします。

【職員記入】

受付場所		受付日		領収証返却の有無	有 ・ 無
支給決定額					