

小児慢性特定疾病 高額かつ長期適用に係る申請書

年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

(申請者) _____ 千
住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

(※受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となります。)

下記のとおり、支給認定を受けた月から12か月以内に、小児慢性特定疾病にかかる医療費の総額が5万円を超えた月が6回以上となったため、高額かつ長期適用について申請します。

記

受診者氏名		疾病名												
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>													
※自己負担限度額管理票の写を添付する場合、以下の記入は不要です。														
小児慢性特定疾病に係る医療費	受診年月	病院・薬局などの名称	医療費 (円) (10割分)											
	年 月													
	年 月													
	年 月													
	年 月													
	年 月													
	年 月													

注1) 医療費 (10割分) については、当該疾病の治療にかかった医療費を計上してください。

注2) 申告した医療費が確認できる領収書等を添付してください。