

様式第 1 3 号

小児慢性特定疾病療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者 住 所

氏 名 (自署または記名押印)

対象児童等との続柄 ()

仙台市小児慢性特定疾病医療費支給認定及び支給事務取扱要領第 1 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

記

受給者番号		重症患者認定	有 ・ 無
対象児童等氏名			
医療受給者証の有効期間	年 月 日 から	患者支払額	円
	年 月 日 まで	医療費一部負担額	円
振 込 先	銀行 支店 (普通・当座) 口座番号 口座名義人	食事療養費の 1/2 (自己負担)	円
		療養費払を必要とする理由	☐ 受給者証交付前の受診 ☐ 受給者証未提示 ☐ その他 ()

決 定 額	* 円
-------	-----

＊の欄は記入しないでください。

(注) 領収書を必ず添付してください。また、高額療養費支給適用となった場合は、それを証明する書類を添付してください。

《 医療機関・保険薬局の証明 》

公費に係る総医療費	円	医療保険等負担分	円
患者支払額	計	円	
	医療費	年 月 日から 年 月 日まで	円 日間
	食事療養費 (入院の場合に限る)	年 月 日から 年 月 日まで	円 日間

上記のとおり、対象児童等 に対する小児慢性特定疾病医療の診療に係る患者支払額を受領したことを証明します。
年 月 日 医療機関 所在地 (保険薬局) 名 称 代表者 (自署または記名押印)

(注) この申請書は、受診月ごと、医療機関ごとに 1 枚提出していただく必要があります。