

小児慢性特定疾病医療費申請書
小児指定疾病医療費助成申請書

《自己負担の有・無》

ア 自己負担なし

イ 一部負担あり

自己負担 限度額区分	
負担金額	

受給者証（登録証）記載の疾病に係る医療費を必要書類を添付し申請いたします。

住所 船橋市

氏名

世帯員における受診者（小児慢性疾病・難病患者）の有・無

受診者氏名	受給（登録）者番号	小児慢性 区分	難病患者
		国・市	有・無
		国・市	有・無
		国・市	有・無

船橋市長 あて

申請金額 円

電話番号 ()

この欄は記入しないでください。	
決定 金額	円

保険区分	1 協会 2 組合 3 共済 4 国保 5 国保退職 6 国保組合 7 その他
附加給付	無 ・ 有 (自己負担限度額 円) 円不支給 円未満切捨て

受給者（登録者） 番号		受診者氏名	
受給者証（登録証）の 有効期限	年 月 日	から	年 月 日
疾 病 名			

※ この申請書に下記の書類を添付してください。

- ①小児慢性特定疾病(小児指定疾病)医療費証明書(第7号の2様式)
- ②領収書等の原本
- ③限度額適用認定証の写し(交付されている方のみ)
- ④自己負担上限額管理票の写し(受給者証をお持ちの方で申請月に医療機関等による記入がある場合のみ)

ただし、受給者証の有効期間内に自己負担上限額の変更(減額)があった場合に、変更前の受給者証を用いて受診した医療費に係る申請の場合は、小児慢性特定疾病(小児指定疾病)医療費証明書を自己負担上限額管理票の該当月の写しに替えることができます。

※ 振込口座の名義は申請者のものを記入してください。

振込 口座	銀行	支店
	預金種別	普通・当座・その他 ()
	口座番号	
	フリガナ	
	氏 名	

※受診者(患者)が満18歳以上で、受診者以外の者が申請する場合や、受診者以外の振込口座を指定する場合は、以下の委任状を記入してください。

委任状

委任事項：小児慢性特定疾病医療費又は小児指定疾病医療費助成に係る申請及び受領の件

委任者(受診者)

代理人(頼まれた人)

住所

住所

氏名

氏名