

小児慢性特定疾病医療費申請書

(あて先)
甲府市長 様

〒
申請者 住所
(保護者) 氏 名 印
電 話

小児慢性特定疾病の治療に要した医療費（自己負担分）について、次のとおり申請します。
なお、医療費については、次の口座に振り込んでください。

受給者氏名 (年 月 日生)	受給者番号
	月額自己負担限度額 円
請求金額 円	
内 訳	
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円

	金融機関名	金融機関番号	支店名	支店番号
指定 口座	銀行 金庫 組合 農協		支店	
	預金種目	口座番号	口座名義（カタカナで記入してください）	
	1 普通 2 当座			

添付書類：小児慢性特定疾病医療費証明書（様式第10号）、自己負担上限額管理票、領収書