

小児慢性特定疾病医療費支給申請書										
小児慢性特定医療費医療受給者証	受給者番号							交付年月日		
	住所									
	フリガナ氏名									
	加入医療保険	保険の種別								
		保険者名								
	疾病名									
指定医療機関										
療養費	医療費総額									
	医療保険負担差引額									
	自己負担限度額									
	申請(請求)金額									
上記のとおり関係書類を添付して申請(請求)します。										
年 月 日 申請(請求)者 住所 氏名 印 鳥取市長 様										
下記の口座に振り込んでください。										
	フリガナ 口座名義							印		
	振込先 金融機関	銀行・農協			支店・支所					
		当座・普通	口座番号							

※添付書類

- ・診療証明書(様式第9号別紙)又は自己負担上限額管理票の写し
- ・治療費の額を証明する領収書等
- ・医療保険各法の規定による薬局での保険調剤については、処方箋の写し
- ・訪問看護事業所等による訪問看護料については、医師の訪問看護指示書の写し