

# 医療費申告書

年 月 日

福 山 市 長 様

申請者

住所

名前

児童福祉法施行令（昭和 23 年政令第 74 号）第 22 条第 1 項第 2 号ロに規定する高額治療継続者（高額かつ長期）について、児童福祉法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 11 号）第 7 条の 9 第 1 項の規定に基づき、次のとおり小児慢性特定疾病に係る医療費について申告します。

|       |                 |             |  |
|-------|-----------------|-------------|--|
| 受診者名前 |                 | 受給者番号       |  |
| 疾病名   |                 |             |  |
| 受診年月  | 受診医療機関名称（複数記入可） | 総医療費（10 割分） |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |
| 年 月   |                 | 円           |  |

注 1）総医療費（10 割分）については、当該小児慢性特定疾病の診療にかかった総医療費を計上すること。  
注 2）申告した総医療費が確認できる小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票、領収書の写し又は小児慢性特定疾病医療費証明書を添付すること。