

小児慢性特定疾病医療費支給申請書 (償還払用)

年 月 日

福山市長様

(※) 申請者 住所:

名前:

受診者との続柄 ( )

関係書類を添えて、次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

また、申請に当たり、その他医療制度等の支給状況調査に同意します。

(※) 申請者は、受給者証に記載されている保護者(保護者欄が空白の場合は受診者本人)となります。

診療年月	受給者番号	受診者名前
年 月		

【福山市記入欄】

指定医療機関	区分	日数	患者負担割合	小児慢性に係る 総医療費(10割)	患者自己負担額
		食事回数			食事自己負担額
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	円	円
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪看	回	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用		円
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	円	円
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪看	回	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用		円
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	円	円
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪看	回	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用		円
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	円	円
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪看	回	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用		円
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤	日	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	円	円
	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪看	回	<input type="checkbox"/> 高額療養費適用		円
患者自己負担額合計 (A)		円	食事自己負担額合計 (B)		円
自己負担上限額 (C)		円	高額療養費支給額 (D)		円

<支給決定額>

医療費支給額 : (A) - (D) - (C)	円
食事代支給額 : (B) × (□1/2、□10/10)	円

添付書類	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費明細 <input type="checkbox"/> 医療機関等発行の領収書 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し <input type="checkbox"/> 高額療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 振込先確認書類
	<input type="checkbox"/> 支払相手方登録依頼書 <input type="checkbox"/> その他 ( )