

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

和歌山県知事 様

[ 申 請 者 ] 住所

氏名

受給（受診）者との続柄（ ）

受給（受診）者住所			
受給（受診）者氏名			
公費負担者番号	5 2 3 0 8 0 1 2	受給者番号	
有効期間	年	月	日～年 月 日

医療費自己負担額(ア)	※	食事療養費標準負担額	※
薬剤一部負担(イ)	※	1/2は自己負担	※ × 1/2
患者負担額(ウ)	※	支給決定額	※ ②
支給決定額(ア+イ-ウ)	※ ①	支給合計額(①+②)	※

医療機関等証明欄（ 年 月分） ※ 小児慢性特定疾病治療分のみ記載

(医療保険) 入院

(医療保険)	点	負担割合	割
食事療養標準負担額等	円×	回＝	円

※食事療養費については、1／2は自己負担となります。

(医療保険) 通院

1日目	(医療保険)	点	負担割合	割	薬剤一部負担金	円
2日目	(医療保険)	点	負担割合	割	薬剤一部負担金	円
3日目以降	(医療保険)	点	負担割合	割	薬剤一部負担金	円

(医療保険) 訪問看護

(医療保険)	点	負担割合	割	実施回数	回
--------	---	------	---	------	---

上記のとおり証明します。

年 月 日

[ 医療機関等 ] 所在地

名 称

代表者氏名

(注) 1 証明欄は、医療機関で記入してもらってください。  
2 領収書、自己負担上限月額管理票（該当月に使用した場合）、高額療養費の支給決定通知書等（該当する場合）を添付の上、住所地の保健所へ提出願います。  
3 申請者氏名欄は記名押印又は署名してください。  
4 食事療養標準負担額等とは、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（食費）です。  
5 ※印の欄は、記入しないでください。