

## 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	52308012	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

日

(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

日

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

(医療保険) 訪問看護

日

(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。