

福島市長

申請者 住 所

氏 名 (自署)

受診者との続柄 ()

電話番号

福島市小児慢性特定疾病療養費について、以下のとおり申請します。

受 診 者 氏 名		受 給 者 号							
申請額 (A - B)	円								
申 請 額 内 訳	受診者負担額 合計 (A)	円	自己負担上 限月額 (B)	円					

※1「受診者負担額合計 (A)」については、複数月分をまとめて申請する場合、当該複数月分の合計額を記載すること。また、高額療養費・付加給付等の支給がある場合、合計額から当該給付等の支給額を差し引いて記載すること。

※2「自己負担上限月額 (B)」については、①医療費の場合は受給者証に記載の自己負担上限額、②入院時の食費の場合はその2分の1の額を記載すること。なお、①及び②を同時に申請する場合はそれらの合計額を記載すること。

振 込 口 座	金融機関名	銀 行 金 庫						本店 支店 出張所									
		農 協 信用組合															
	種 別	普 通 ・ 当 座															
	口 座 番 号 (右 詰 め)																
	口 座 名 義 ※申請者と同一	(カナ)															

- [申請に必要な書類]
- ① 療養費証明書 (様式第16号)
 - ② 受給者証及び自己負担上限額管理票の写し
 - ③ 通帳等の振込口座欄の内容が確認できる箇所の写し
 - ④ 限度額適用認定証の写し (交付されている方のみ)
 - ⑤ 高額療養費・付加給付等の支給が確認できる書類の写し (該当する方のみ)
- 注1 振込口座の名義は申請者と同一としてください。
- 注2 療養費証明書がないものは一切認められません。
- 注3 医療費を支払った日の翌日から5年が申請期限となります。