

小児慢性特定疾病医療費給付申請書（払戻請求）

| | |
|-----|---|
| 申請額 | 円 |
|-----|---|

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

| 年 月分 | 窓口支払済額 A (円) | 月額自己負担上限額 B (円) | 差引き額 A - B (円) |
|------|-----------------|--------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

年 月 日

高 知 県 知 事 様

| | | | | | |
|----------|-----|--------------------------------|----|---------------|-------|
| 請求者 | 住所 | | | 電話 番号 | |
| | 氏名 | (受診者との続柄 :) | | | |
| | 振込先 | 銀行 | 支店 | 預金種別 | 普通・当座 |
| 口座 番号 | | | | ふりがな 口座名義人 | |
| 受診者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | 受給者番号 | |

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- 〔添付書類〕
- ①請求する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
 - ②小児慢性特定疾病医療費療養証明書（様式第14号）
 - ③領収書の原本
 - ④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類