

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13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