

肝炎治療費申請書

¥ 円

※「差引き払戻し額」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。

(内訳)

| 年 月分 | 窓口支払済額 A (円) | 自己負担限度月額 B (円) | 差引き払戻し額 A-B (円) |
|------|-----------------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第16の4の規定により、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 _____
氏名 _____
電話番号 _____
(受給者との続柄: _____)

(受給者) 住所 _____
氏名 _____
受給者番号

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

(振込先) 銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____
預金種別 普通・当座
口座番号 _____
ふりがな _____
名義人 _____

※ 請求者と口座名義人は、同じであること。

添付書類：①肝炎治療特別促進事業療養証明書 (別記第9号様式の2)

②領収書

③高額療養費の対象となった場合には、それを証明する書類を添えてください。

(注) 請求者と受給者とが異なる場合は、受給者の委任状を添えてください。