堺市特定医療費（指定難病）請求書

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日堺市長　殿　　　　　　　　年　　　　　月分　から　　　　　　年　　　月分（　　　　　　か月）の　　　特定医療費（指定難病）を次のとおり請求します。 |
| ※ | 支給決定額（堺市記入欄） | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |  |
|  |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 請　　　求　　　者 | フリガナ |  | 患者との続柄 |
| 氏　　名 |  |  |
| フリガナ |  |
| 住　　所 | 〒　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送 金 用振替口座 | 口座名義人（カナ） |  |
| 銀 行 名 | 銀行・農協信金・信組 | ※ | ※ | ※ | ※ | 1 普通・総合2 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店 | ※ | ※ | ※ |
| ゆうちょ銀行 | 記号・番号 |  |
| **委 任 欄** |
| 　私（受給者）は、上記請求者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の請求及び受領の権限を委任します。　　　年　　　　月　　　　日委任者（受給者）住所　〒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注意

１　太枠内のみ記入してください。ただし、※印の欄には記入しないでください。

２　委任欄は、委任者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

３　委任欄は、受給者と請求者が異なる場合のみ記入が必要です。ただし、受給者が１８歳未満で、その保護者が請求者の場合は記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 保健センター受付欄（担当：　　　　） | 本庁受付欄（担当：　　　　　　　　） | 備考欄 |