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 |