様式第１号（第２条関係）

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