様式第７号

小児慢性特定疾病医療費請求書

〇記入上の注意

1 この請求書は、小児慢性特定疾病医療費支援で認定された疾病において小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間内に、指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）で医療費（月額自己負担上限額を超える額、又は3割負担をされた場合）を支払った方はお住まいの区の保健センターにご提出ください。指定医療機関外での医療費についてもやむを得ない事情の場合は、償還払いの対象とします。（ただし、保険適用分に限ります。）

2 太枠内のみ記入してください。 ※印の欄は記入しないでください。

3 小児慢性特定疾病医療費証明書に指定医療機関の証明のない場合は、小児慢性特定疾病医療費の支払いをいたしません。また証明書の代わりに領収書を添付される場合は必ず小児慢性特定疾病の治療分であるか指定医療機関へ確認のうえご請求ください。領収書は、原本で領収印があるものに限ります。

4 ゆうちょ銀行、信用金庫、農協、信用組合も振替できます。（ゆうちょ銀行については、支店名に店番を記入してください。）

5 小児慢性特定疾病医療費証明書の手数料については請求者が負担してください。

【請求書郵送の場合】　〒590－0078　堺市堺区南瓦町３－１　電話　072－228－7582
堺市保健所　保健医療課　指定難病係

年　　月分　から　　年　　月分（　　ヵ月）の
小児慢性特定疾病医療費　を下記のとおり請求します。

年　　月　　日

堺市長　様

※	医療費決定額（堺市記入欄）	百万	十万	万	千	百	十	円

受診者	氏　名		受給者番号	
	住　所			
請求者（18歳以上の場合は受診者、18歳未満の場合は保護者）	フリガナ		受診者との続柄	
	氏　名			
	フリガナ			
	住　所	〒 TEL（　　－　　－　　）		
	送金用振替口座	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	
		口座名義人（カナ）		

委任欄

私（受診者）は、上記請求者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領の権限を委任します。

年　　月　　日

委任者（受診者）住　所　〒

氏　名

注意　委任欄は、受診者が１８歳以上の場合は受診者と請求者が異なる場合に記入が必要です。委任者が自署しない場合は、記名押印をしてください。ただし、受診者が１８歳未満でその保護者が請求者の場合は記入不要です。