

別記様式第15号（第10条関係）

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者 居住地 〒 ー  
和歌山市  
氏名 ⑨  
電話番号 ー ー  
受診者との続柄 父 母 その他（ ）

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたいので、和歌山市小児慢性特定疾病医療費の支給に関する規則第11条第2項の規定により、小児慢性特定疾病医療費証明書その他の必要書類を添えて次のとおり申請します。

なお、この支給申請に当たり、支給決定のために必要があるときは、医療支援を受けた指定小児慢性特定疾病医療機関、加入する医療保険の保険者等に対して、療養費等の詳細を和歌山市が照会することについて同意します。

受診者氏名		
支給者番号		
負担上限月額		円
支払済みの小児慢性特定疾病医療費	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
支給申請額	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	合計	円
備考		

注意事項

- この申請は、医療受給者証を提示せずに医療支援を受け、負担上限月額以上の金額を支払った場合に医療費の払戻しを受けるためのものです。
- 高額療養費の支給を受けることができる場合は、先に医療保険の保険者から支給を受けている必要があります。
- 次の書類等を添付し、又は窓口で提示してください。  
小児慢性特定疾病医療費証明書（別記様式第16号）、領収書、医療受給者証及び上限額管理票  
高額療養費の支給決定通知書等（該当する場合のみ）  
口座振替申出書（支払を受けたい口座が未登録の場合のみ）