（様式第9号）

こども難病医療費請求書

年　　月　　日

大　阪　市　長　様

次のとおりこども難病医療費助成事業にかかる医療費（一部自己負担分）を請求します。

医療費（一部自己負担分） ※記入不要	百万	十万	万	千	百	十	円

受診者	氏　名			受給者番号									
	住　所	〒　　－											
請求者	ふりがな							受診者との続柄					
	氏　名												
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－											
	送金用振替口座	銀行名	銀行			預金項目 （どちらかに○）	当座　・　普通						
			支店			口座番号							
		口座名義 （請求者と同一のこと）	ふりがな										
			氏　名										

送金用振替口座の欄には必ず請求者名義の口座を記入してください。

※　記入上の注意

１．この請求書はこども難病医療受給者証により医療機関に受診された方で、その月に支払った一部負担額の合計が月額自己負担上限額を超えて支払った方のみ提出してください。

２．保険点数の記載がある領収書の原本を、すべての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。領収書の返却を希望される方は、その旨を明記してください。

３．領収書がない場合は、医療機関においてこども難病医療費証明書を作成してもらってください。（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますのでご了承ください。）

４．該当月の上限額管理票の写しを添付してください。

５．太枠内のみ記入してください。

＜請求書提出先＞　〒541-0052　大阪市中央区安土町３丁目１番３号
大阪市保健所管理課保健事業グループ　　電話　(06)6647-0654