様式第9号

大阪市小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

大　阪　市　長　様

次のとおり小児慢性特定疾病医療費を申請します。また、支給の決定に際し、
医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

以下、太枠内を記入してください。　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者（患者）</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td><td rowspan="2">受診者との続柄</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10">〒　　－</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="10">□ 受診者と同じ　　電話番号（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>送金用振替口座</td><td colspan="10">
<table>
<tr><td rowspan="2">銀行名</td><td colspan="2">銀行</td><td>預金種目（どちらかに○）</td><td colspan="4">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td colspan="2">支店</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">口座名義（申請者名義の口座）</td><td>ふりがな</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

※記入上の注意

1．この申請書は小児慢性特定疾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、医療機関において小児慢性特定疾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。

◆償還払い申請書類の送付先◆

〒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あて　　電話　(06)6647-0654

≪大阪市処理欄≫

医療費決定額 ※記入不要	百万	十万	万	千	百	十	円

受付印