（別紙様式第９号）

捨て印

【５２】この用紙は請求者が太枠内のみ記入してください。

八尾市小児慢性特定疾病医療費請求書

還付の対象となる医療費は、受給者証有効期間内に、指定医療機関で提供された小児慢性特定疾病に対する保険適用の医療のうち、３割負担をしまたは月額自己負担上限額を超えて支払った医療費です。

○記入上の注意　【※ご不明な点は八尾市保健所（TEL：072-994-6644）へお問い合わせください。】

1．領収印、保険点数の記載がある**領収書の原本**を、**全ての医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）について**添付してください。

2．**領収書がない場合**は、医療機関へ**小児慢性特定疾病医療費証明書（別紙様式第 10 号）**の作成を依頼してください。（証明書の文書料・手数料が発生した場合は自己負担となります。）

3．請求者と口座名義人は必ず同じにしてください、異なる場合お支払できません。

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

八尾市長　様

※医療費決定額（八尾市記入欄）	百万	十万	万	千	百	十	円

受診者（患者本人）	氏　名		受給者番号	
	住　所	〒　　－		
請求者（保護者） ※請求者は原則、小慢の支給認定申請者である申請者（保護者）です。その他の者に請求を委任する場合は委任欄へご記入ください。	氏　名	㊞	受診者との続柄	
	委任欄	請求者と申請者（保護者）とが異なる場合、委任者が右欄に自著又は記名押印してください。	私は本請求について、上記請求者（代理人）に委任します。 委任者：　　㊞	
	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（※※※※）　支店（※※※）　1.普通・総合　2.当座　口座番号		
		ゆうちょ銀行　記号・番号		
		口座名義人（カナ）　口座名義人欄（請求者の氏名）は、カタカナで記入してください。		