

福島県小児慢性特定疾病療養費支給申請書

令和 年 月 日

福島県知事 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

福島県小児慢性特定疾病療養費について、以下のとおり申請します。

受診者氏名		受給者番号		
申請額(A-B)	円			
申請額内訳	受診者負担額 合計(A)	円	自己負担上 限月額(B)	円

※1 「受診者負担額合計(A)」については、複数月分をまとめて申請する場合、当該複数月分の合計額を記載すること。また、高額療養費・付加給付等の支給がある場合、合計額から当該給付等の支給額を差し引いて記載すること。

※2 「自己負担上限月額(B)」については、①医療費の場合は受給者証に記載の自己負担上限額、②入院時の食費の場合はその2分の1の額を記載すること。なお、①及び②を同時に申請する場合はそれらの合計額を記載すること。

振 込 口 座	金融機関名	銀行 金庫 農協 信用組合						本店 支店 出張所
	種 別	普 通 ・ 当 座						
	口座番号 (右詰め)							
	(カナ) 口座名義 ※申請者と同一							

[申請時必要書類]

- ①療養費証明書(様式第11号)
- ②受給者証及び自己負担上限額管理票(写)
- ③通帳(写、振込口座欄の内容が確認できる箇所)
- ④限度額適用認定証(写、交付されている方のみ)
- ⑤高額療養費・付加給付等の支給が確認できる書類(写、該当する方のみ)

注1 振込口座の名義は申請者と同一としてください。

注2 療養費証明書がないものは一切認められません。

注3 医療費を支払った日の翌日から5年間は申請期限となりますのでご注意ください。

記入例

様式第10号

福島県小児慢性特定疾病療養費支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

◆認定状況・支払状況◆

【受診者負担額】

9,000円(3割負担)

【2割分を計算】

6,000円

【自己負担上限月額】

5,000円

【付加給付等】

0円

申請者 住所 **福島市杉妻町2番16号**

氏名 **福島 太郎**

電話番号 **024-521-7174**

について、以下のとおり申請します。

受診者氏名	福島 花子	受給者番号	1234567	
申請額(A-B)	4,000 円			
申請額内訳	受診者負担額 合計(A)	9,000 円	自己負担上 限月額(B)	5,000 円

※1「受診者負担額合計(A)」については、複数月分をまとめて申請する場合、当該複数月分の合計額を記載すること。また、高額療養費・付加給付等の支給がある場合、合計額から当該給付等の支給額を差し引いて記載すること。

「福島県小児慢性特定疾病療養費証明書(様式第11号)」の「受診者負担額(e)」の合計欄から転記してください。複数の医療機関分をまとめて申請する場合は、合算額を記入してください。

医療費については、〈2割相当額の合計〉と〈自己負担上限月額〉のいずれか低い額をご記入ください。なお、2割相当額を計算する際に10円未満は四捨五入してください。

自己負担上限額、②申請する場合はそれ

口座 座	金融機関名	東邦 銀行 金庫 農協 信用組合	県庁 本店 支店 出張所					
	種別	普通 当座						
	口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5	6
	(カナ) 口座名義 ※申請者と同一	フクシマ タロウ						

[申請時必要書類]

①療養費証明書(様式第11号)

★窓口での精算状況によっては、申請書の書き方が複雑な場合(複数枚に分ける等)もあります。

★ご記入に際しては、受給者証の交付を受けた保健福祉事務所へ御相談・お問合せください。

注3 医療費を支払った日の翌日から5年間は申請期限となりますのでご注意ください。