

受給者番号 ※保健所記載欄							
------------------	--	--	--	--	--	--	--

年 月分 医療費申告書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病である

※に係る医療費については、下記のとおりで

※ かかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 の 内 訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （10割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。  
 ○この申請書に記載する医療費は、記載している小児慢性特定疾病及び当該小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療費に限ります。  
 ○この申告書、領収書等に不明な点がある場合は、その内容について医療機関に県から照会する場合がありますので、ご了承ください。