

小児慢性特定疾病医療費申請書

年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者	フリガナ				受給者との 続柄	
	氏名					
	フリガナ					
	住所	〒 -				
	電話番号	- -				
	振込口座	銀行・信金・信組 農協・漁協・労金		支店		口座番号
銀行コード			支店番号			
口座種類		普通・当座	名義人氏名(カナ)			
受給者証	受診者氏名				受給者番号	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			適用区分	

申請額	円
-----	---

- 注1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。
- 2 振込口座の名義人は、申請者と同じにしてください。
- 3 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 【高額療養費制度の自己負担限度額】
- 適用区分がアの場合・・・252,600円+（総医療費-842,000円）×1%
- 適用区分がイの場合・・・167,400円+（総医療費-558,000円）×1%
- 適用区分がウの場合・・・80,100円+（総医療費-267,000円）×1%
- 適用区分がエの場合・・・57,600円
- 適用区分がオの場合・・・35,400円
- 4 申請書には、小児慢性特定疾病医療費証明書の添付が必要です。承認された疾病について診療を受けたすべての医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションで証明を受けてください。証明がない場合、小児慢性特定疾病医療費が償還されません。
- 証明にあたり医療機関によっては、文書料が必要となる場合があります。
- 5 本申請内容に関して保健所が保険者や医療機関等へ問合せすることがあります。
- 6 振込までに、申請後1~2か月程度かかります。
- 7 この申請書は、直接、豊田市保健部保健支援課 難病小慢担当
(〒471-0851 豊田市西町 3-60 電話 0565-34-6855) へ提出してください。

※保健所記入欄

担当確認欄	階層区分	自己負担上限額	支給決定額
/			