

福岡市小児慢性特定疾病医療費支給申請書

公費負担者番号								申請金額		円	
受給者番号											
対象児	住所	福岡市 区						医療受給者証有効期間	年 月 日 年 月 日		
	氏名	年 月 日生						保険種別 (○で囲む)	国保・社保 家族・本人		
請求の区分・理由 (○で囲む)		I 医療費 1. 医療受給者証の交付申請後, 医療受給者証を受領前に支払った医療費の払い戻し 2. その他 () II 一部負担金 1. 同一月中に自己負担上限額を超えて支払った額の払い戻し									
上記のとおり申請します。 なお、支給決定額は下記の口座にお振込みください。 年 月 日 千 申請者 住所 福岡市 区 (保護者) 電話 福岡市長 様 氏名 ※申請者名と口座名義人は原則同名											
振込先	金融機関	銀行・信金 農協・信組 漁協・労金						フリガナ			
	本・支店名	本店・支店						口座名義人			
	口座番号	普通						(保護者)			

※健康保険からの給付がある場合は、保険（高額医療費等）が優先されます。

【委任欄】※申請者と口座名義人が異なる場合

私（申請者）は、下記の受任者に対し小児慢性特定疾患医療費支給の受領を委任します。

受任者氏名 _____

受任者住所 _____

申請者との続柄 _____

上記の者について、こども未来局へ進達してよろしいか。

保第 号 進達 年 月 日		
年 月 日		
課長	係長	係員

保健所受付印

こども未来局受付印