小児慢性特定疾病医療費支給申請書										
小児慢性特定医療費医療受給者証	受給者番号							交付年月日		
	住所									
	フリガナ氏名									
	加入医療保険	保険の種別								
		保険者名								
疾病名										
療養費	医療費総額									
	医療保険負担差引額									
	自己負担限度額									
	申請(請求)金額									
上記のとおり関係書類を添付して申請(請求)します。										
年 月 日 申請(請求)者 住所 氏 ^ふ り ^り が ^が な ^な 氏 印 鳥取県知事 様										
下記の口座に振り込んでください。										
	フリガナ 口座名義							印		
	振込先 金融機関	銀行・農協			支店・支所					
		当座・普通	口座番号							

※添付書類

- ・診療証明書(様式第9号別紙)又は自己負担上限額管理票の写し
- ・治療費の額を証明する領収書等
- ・医療保険各法の規定による薬局での保険調剤については、処方箋の写し
- ・訪問看護事業所等による訪問看護料については、医師の訪問看護指示書の写し

診 療 証 明 書

1 患 者 名	
2 疾 病 名	
3 診 療 年 月	
4 診 療 日 数	
5 医療費等の総額	
6 自 己 負 担 額	
<p>上記のとおり小児慢性特定疾病医療支援を行ったことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>(指定医療機関)</p> <p>所 在 地 名 称 代表者氏名 印</p> <p>鳥取県知事 様</p>	

(備考)

医療受給者証の適応を用いず行った小児慢性特定疾病医療支援について記載してください。