

小児慢性特定疾病医療費申請書

受給者氏名	受給者番号
-------	-------

上記の受給者に対する、小児慢性特定疾病の治療に要した費用(自己負担分)の支払いを次のとおり申請します。なお、支払いは、下記の口座への支払いをお願いします。

金 _____ 円

内 訳	年	月	円
	年	月	円
	年	月	円
	年	月	円
	年	月	円
	年	月	円

年 月 日

申請者(保護者の場合は受給者との続柄 _____)

〒
住 所

氏 名

連絡先

月額自己負担限度額 _____ 円

山梨県知事 殿

振 込 先 金融機関	支 店	口座 名義	(フリガナ)	口座 種別	(どちらかに○を) 普通 当座					
				番号						

(番号は右へ詰めて記入してください)

委 任 状

私は、上記申請者

を代理人と定め、上記の費用の申請及び受領を委任します。

年 月 日

住 所
氏 名