

(様式第 16 号)

○ この用紙は、請求者が記入してください。

大阪府小児慢性特定疾病医療費支給申請書

年 月分 から 年 月分 (カ月) の小児慢性特定疾病医療費の支給を下記のとおり申請します。
年 月 日
大阪府知事様

医療費決定額 (※記入不要)	百万	十万	万	千	百	十	円
-------------------	----	----	---	---	---	---	---

受診者(患者)	氏名		受給者番号	
	住所			
請求者	フリガナ			受給者との続柄
	氏名			
	通知書送付先住所	〒□□□-□□□□ 【※日中に連絡がつく連絡先を下記にご記入ください。】 TEL () (-) ※通知書送付先住所が申請者住所と異なる場合、宛名もあわせて以下に記載してください。		
	送金用振替口座	銀行名	銀行 ※ ※ ※ ※	1. 普通・総合 2. 当座

送金用振替口座の欄には必ず請求者名義の口座を記入してください。

対象となる医療費

- 対象となる医療費は、受給者証の有効期間内に指定小児慢性特定疾病医療機関で行われた、認定された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する保険診療です。
※救急等やむを得ない理由により、指定小児慢性特定疾病医療機関以外の医療機関を受診した場合、その必要性が認められるときは対象となります。
すでに支払った自己負担の金額が3割、または同一月に支払った自己負担額の合計が受給者証に記載されている自己負担額を超えた場合に請求できます。
- 10割負担でお支払いされた医療費や他の公費（乳幼児医療や重度障がい者医療等）が適用された医療費は対象外です。※他の公費が適用された医療費でも入院時食事療養費は対象となります。
- 大阪府からの還付額は高額療養費制度の自己負担上限額までとなります。

記入上の注意

- 太枠内のみ記入してください。※印の欄は記入しないでください。
- 領収印、保険点数の記載がある領収書の原本を、全ての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。領収書の返却を希望の場合は、その旨を明記のうえ、返信用封筒を同封してください。
- 領収書がない場合は、医療機関に小児慢性特定疾病医療費証明書を作成してもらってください。（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますので、ご了承ください。）
- 該当月の自己負担上限額管理票の写しを必ず添付してください。（※自己負担上限額管理票が発行されていない場合を除き、添付が無いと還付できない場合があります。）