

年 月分 医療費申告書

受給者番号 _____

保護者氏名 _____

受診者氏名 _____

小児慢性特定疾病「 _____ 」に係る医療費については、下記のとおりです。

「 _____ 」にかかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費(円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

注1)かかった医療費(10割分)については、当該疾病の治療にかかった医療費を計上すること。

注2)申告した医療費が確認できる領収書等を添付すること。