

(太枠の中を記載して下さい。)

領収書提出枚数\_\_\_\_\_枚

## 小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療費請求書

令和 年 月分

小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療費を下記のとおり請求します。

受給者番号							
受診者氏名							
申請者氏名 (生計中心者とされた方です。)						印	受診者との続柄
申請者住所							
振込指定口座 (上記の申請者名義)				銀行	本店		
				信用金庫	支店		
			農業協同組合	支所			
普通・当座		口座番号					

令和 年 月 日

(あて名) 金沢市長

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

医療費自己負担月額総額 (A)	月額自己負担限度額 (B)	差引請求額 (A) - (B)
円	円	円

(注) 添付書類

1. 医療機関が発行する領収書
2. 1に記載された金額が当該事業にかかる費用である旨を証する書類
3. 健康保険法各法の規定による付加給付の額を証する書類