第５号様式（第３条関係）

医療費申告書

　　　　　　年　　　月　　　日

（あて先）浜松市長

申 請 者 住 所

申 請 者 氏 名

指定難病の名称

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏　名 |  | 受給者番　号 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 年　　　　　　　　　　月分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 病院・薬局などの名称 | かかった医療費（10割分） | 治療内容・医薬品名など |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
| 合計 | 円 |  |

注　かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。