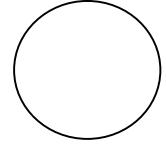


捨印

第1号様式 (第2条関係)



特定医療費 (指定難病) 請求書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

次のとおり、特定医療費を請求します。

年 月から 年 月まで ( 月分)

Table with columns for request amount: 百万, 十万, 万, 千, 百, 十, 一. Includes label '請求額 (特定医療費)' and '円'.

Table with columns for '受診者氏名' and '受給者番号'.

私は、下記の者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。
年 月 日
住所
氏名
(受診者 (受診者が18歳未満である場合は保護者) と請求者が異なる場合のみ記入してください。)

記

Main table for '請求者' (Requester) with columns for '住所', '電話番号', 'フリガナ', '氏名', '口座振替' (銀行・信金, 農協・労金), '預金種別', '口座番号', '口座名義人'.

注1 受療した指定医療機関が作成した特定医療費 (指定難病) 証明書 (第2号様式) 又は特定医療費 (指定難病) 負担上限月額管理票 (第3号様式) を必ず添付してください。
2 支給認定の有効期間中に、認定された指定難病について指定医療機関で受療した場合のみ提出してください。