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）

請求額（特定医療費）	百万	十万	万	千	百	十	一	円

受診者氏名		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

（自署でない場合は押印してください。）

※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

請求者	住所		〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　）		
	フリガナ				受診者との関係
	氏名				
	口座振替	金融機関名	銀行・信金 農協・労金	本店 支店	
		預金種別	普通　・　当座	口座番号	
		口座名義人 （ｶﾀｶﾅで記入してください。）			

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。