資料１

医療費申告書（小児慢性特定疾病）

年　　月　　日　　住 所

あて先）札幌市長　　氏 名　　印

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。

受診月	医療費の内訳 かかった医療費の月ごとの総額（円） （10割分）	確認書類
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済
年　　月		領収書 ・ 上限額管理票 ・ 償還払申請済

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してください。

注2）申告した医療費が確認できる領収書等を添付してください。領収証等で、小児慢性特定疾病医療受給者証を提示せずに受診した際に発行されたものについては、別途医療機関に療養証明書を記載していただく必要があります。

注3）当該期間において、償還払のお手続きをされている場合はお申し出ください。