第12号様式の1

**特定医療費（指定難病）償還払い請求書**

　　　年　　　月　　　日

香川県知事　殿

　特定医療費（指定難病）については、下記のとおり請求します。

　また、この申請に関して、香川県が必要に応じ医療機関及び保険者等に対し、照会することについて同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請　求　者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  | 受給者との続柄 | □本人　□配偶者　□父母　□子　□兄弟姉妹　□その他（　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ |

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請金額 | 　　　　　　　　円 | ※決定金額（香川県記入欄） | 円 |

　　※審査のうえ支払金額を決定しますので、申請金額と異なる場合があります。

　　※分からない場合は、空欄で結構です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  |
| 振込口座 | 銀行　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （カタカナ）口座名義 |

◆申請者と受給者が異なる場合は委任状欄の記載が必要です。（患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　状 | 　　　年　　　月　　　日私は、上記請求者　　　　　　　　　　　　　　㊞　を代理人と定め、香川県から受ける特定医療費（指定難病）の償還払いの　□請求　□受領　を委任します。 |
| 委任者(受給者) | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　 |

◆添付書類　①自己負担上限額管理票（写し可） 又は 医療費証明書（医療機関記載）

　②医療費の領収書（原本）

|  |
| --- |
| ※記入しないで下さい。 |
| 経由保健所 | 保健福祉総務課　　　　　　年　　　月　　　日確認済 |