様式第10号

医療費申告書

住　所

氏　名

小児慢性特定疾病である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※に係る医療費については、次のとおりです。

※かかっている疾病名をご記入ください。

〇認定後の医療費総額が一か月5万円を超える月が、年間6回以上あることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

年　　月分

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・医療品名など	かかった医療費（円）（１０割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

年　　月分

受診日	病院・薬局などの名称	医　療　費　の　内　訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （１０割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合　　　計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

年　　月分

受診日	病院・薬局などの名称	医　療　費　の　内　訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （１０割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合　　　計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。