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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請　求　者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　（受給者との続柄　　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ |

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。

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな）口座名義 |

責任者及び担当者氏名

連絡先

◆請求者と受給者が異なる場合は委任状欄の記載が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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　請求及び受領　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 又は 医療費証明書（医療機関記載）

　②医療費の領収書

◆太線で囲んでいるところを記入してください。

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