別紙様式第１１号

年　　月分　医療費申告書

（申請者）

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、下記のとおりです。
（疾病名をご記入ください。）

受診日	医療機関名称	医療費内訳	
		治療内容・ 医薬品名など	かかった医療費（円） （１０割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※受診した内容がわかる領収証を添付してください。