

小児慢性特定疾病高額治療継続者認定申請書

対 象 児 童	フリガナ		性 別	生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日生 (歳)	
	住 所	〒	電話番号	-	-
公費負担者番号		受給者番号			
疾病名					
申 請 者	フリガナ		対象児童との続柄		
	氏 名				
	住 所	1 対象児童の住所電話番号と同じ場合には左の番号に○をつけ、異なる場合は下の欄に記入して			
〒		電話番号	-	-	

※ 高額治療継続者は月の医療費の総額が5万円(医療保険が2割負担の場合、月の自己負担額が1万円。)を超える月が年間6回以上ある方が対象となります。

児童福祉法施行令第二十二條第一項第二号のロに規定する高額治療継続者の認定を受けたいので、関係書類を添えて上記のとおり申請します。

年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名

収 受 印 欄	
------------------	--