別紙様式3

医療費申告書

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

疾病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指定難病に係る医療費については、下記のとおりです。

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

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、軽症高額該当を理由として申請しようとする方は33,330円を、「高額かつ長期」を理由として申請をする方は50,000円を超え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。