別記
第１号様式（第５条関係）

小児慢性特定疾患児医療用具給付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">対象児童</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3" rowspan="2">年　月　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒</td></tr>
<tr><td>疾患名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">受給者番号</td></tr>
<tr><td colspan="3">過去に給付された品目及び給付年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">今回申請する対象児童以外に同一生計内で同一月内に申請のあった者の氏名及び受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">給付を希望する理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3">給付を受ける医療用具の名称</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">医療用具のメーカー名及び品名又は型式番号等</td></tr>
<tr><td colspan="3">助成対象金額</td><td colspan="5">円</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">医　療　機　関</td><td>所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込先（※）</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">金融機関名</td><td>銀行・金庫</td><td>種　別</td><td colspan="2">口　座　番　号</td></tr>
<tr><td>口　座
名義人</td><td></td><td>支（本）店</td><td>普・当</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり小児慢性特定疾患児医療用具給付を申請します。

年　月　日

京都府知事　　　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　印

（給付対象者との続柄）

電話番号

※　振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください
（添付書類）
① 小児慢性特定疾患児医療用具に係る医療機関意見書（医療機関発行）
② 小児慢性特定疾患医療受診券の写し
③ 医療用具の購入に係る領収書