

第 16 号様式

小児慢性特定疾病医療費支給申請書（訪問看護療養費分）

年 月 日

（宛先）名古屋市長

申請者	フリガナ		受診者との 続 柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所	〒 -		
	電話番号	( ) -		
受給者証	受診者 氏 名		受給者番号	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

下記のとおり申請します。

申請額	円
-----	---

（指定訪問看護事業者証明欄）

申請の理由（いずれかに○）		1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 徴収基準額が変更されたため。 3 複数の医療機関で徴収基準額を超える支払いをしたため。	
診療年月	訪問日数	指定訪問看護費用総額	自己負担割合
年 月	日	円	2割 ・ 3割
年 月	日	円	2割 ・ 3割
年 月	日	円	2割 ・ 3割
（注）・受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病に関する診療分について証明してください。  上記のとおり証明します。 年 月 日 【証明担当】 〒 所在地 所属部署名： _____ 名 称 記入者名： _____ 電話番号： _____			

- 注 1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。  
 注 2 二重線で囲った部分は、指定訪問看護事業者で証明を受けてください。  
 注 3 この申請書は、直接、名古屋子ども青少年局子育て支援部子育て支援課母子保健係（〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話 052-972-2629）へ提出してください。  
 注 4 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求を行なってください。  
 注 5 お振り込みには、申請書受付後 1～2 か月ほどかかります。  
 注 6 指定訪問看護事業者証明欄について、記入にあたり指定訪問看護事業者によっては、文書料が必要となる場合があります。

【高額療養費制度の自己負担限度額】適用区分により以下のとおり

- 適用区分がアの場合・・・252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%
- 適用区分がイの場合・・・167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%
- 適用区分がウの場合・・・80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%
- 適用区分がエの場合・・・57,600円
- 適用区分がオの場合・・・35,400円