



市 章

大津市公報

平 成 29 年 7 月 18 日
号 外 (第 40 号)

発行所 大 津 市 役 所
発行人 大 津 市
毎月1日、15日(休日の場合は翌日)発行

目 次

規 則

- 88 大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則の一部を改正する規則..... 1

規 則

大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則の一部を改正する規則を公布する。

平成29年 7 月18日

大津市長 越 直 美

大津市規則第88号

大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則の一部を改正する規則

大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則（平成21年規則第77号）の一部を次のように改正する。

様式第2号を次のように改める。

様式第 2 号 (第 2 条関係)

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

小児慢性特定疾病に係る ____ 年 ____ 月から ____ 年 ____ 月までの療養について、次のとおり請求します。

請求金額 金 _____ 円

受 給 者	受給者番号	_____	有効期間	自 年 月 日	至 年 月 日
	ふりがな氏名				
	自己負担上限額	円			

請 求 者	住 所 (居住地)	〒 _____ (電話)			
	ふりがな氏名	印		本人との続柄	
	振替口座	銀行 支店出張所		* 請求者名義の口座に振替します (請求者名と口座名義は同一としてください。)。	
	普通・当座	口座番号			

- 注
- 1 小児慢性特定疾病医療費証明書及び領収書の写しを添付してください。
 - 2 医療機関及び診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付して、一括して請求してください。
 - 3 該当する医療費を対象として高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
 - 4 振込口座確認のため、銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる書類を添付してください。
 - 5 請求金額は、担当課に確認の上記入してください。

様式第 3 号中「診療実日数」を「診療実日数・食数」に、

食事療養費

日

を

食事療養費

食

に改める。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にある改正前の大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則（以下「旧規則」という。）様式第 2 号の規定により調製した小児慢性特定疾病医療費請求書及び旧規則様式第 3 号の規定により調製した小児慢性特定疾病医療費証明書は、この規則の施行後においても当分の間、使用することができる。