

様式第3号（第2条関係）

医療費申告書

（宛先）静岡市長

申請者住所

申請者氏名

指定難病の名称

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

年 月分

受診日	病院・薬局などの名称	かかった医療費 (10割分)	治療内容・ 医薬品名など
	別紙のとおり	円	
		円	
		円	
		円	
合計		円	

（注）かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。