様式第９号

年　　月分　医療費申告書

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指定難病である（疾病名　　）に係る医療費については、下記のとおりです。

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円）※ （１０割分）
合　　計			

※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。

（注）
①この申告書に記載する医療費は、記載している指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療費になります。
②この申告書、領収書等に不明な点がある場合は、その内容について医療機関に京都府から照会する場合がありますので、ご了承ください。