

受診医療機関申請書

- 受診する医療機関について、小児慢性特定疾病指定医療機関であることを御確認の上、記載してください。
- 受給者証に表示する医療機関名については、一律「全国の小児慢性特定疾病指定医療機関」と表示します。

| | 医療機関名 | 医療機関所在地 |
|----|-------|---------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

- 都道府県等の指定を受けた医療機関（指定医療機関）でのみ医療費助成を受けることができます。指定医療機関以外では、原則として医療費助成を受けることができませんので、御注意ください。
- 都内の指定医療機関は東京都のホームページに掲載されています。ただし、板橋区・世田谷区・荒川区・江戸川区・港区・中野区・豊島区・葛飾区・八王子市又は東京都外に所在する指定医療機関については、各区市・道府県のホームページ等での確認となります。