

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

表・裏の太枠内をご記入ください。

受診者が18歳以上（成年患者）の場合、申請者は受診者本人となります。受診者本人による申請が難しく、ご家族等が申請者となる場合、裏面委任欄をご記入ください。

新規・更新・変更 (該当に○印)		受給者番号 (更新・変更の場合に記入)							
受診者 (対象患者)	フリガナ					生年月日		現在年齢	
	氏名					年 月 日			
	個人番号 (マイナンバー)								
	住所	〒 -							
加入保険	被保険者氏名					被保険者の 受診者との続柄			
	保険種別	協会けんぽ・組合・ 共済・国保・国保組合				被保険者証 記号・番号		(記号) (番号)	
	被保険者証 発行機関名								
申請者 ※1	フリガナ					受診者との 続柄			
	氏名					電話番号			
	個人番号 (マイナンバー)								
自己負担上限月額 の特例 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 <sup>※2</sup>		
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例 <sup>※3</sup>				<input type="checkbox"/>	重症患者認定		
今回申請する受診者と同じ世帯 <sup>※4</sup> 内にある指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成対象者 (申請中含む)					有 (氏名 ) ・ 無				
疾病名									
受給者証への疾病名の記載 (希望しない場合は✓印)			<input type="checkbox"/> 希望しない		小児慢性特定疾病児童手帳の交付 (希望する場合は✓印)			<input type="checkbox"/> 希望する	
小児慢性特定疾病医療 費の支給を開始する ことが適当と考えられる年月 日 (※5, 6)		年 月 日		【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要し たため <input type="checkbox"/> その他 [ ]					
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 年 月 日 申請者氏名 保健所長 殿									

保健 所 記 入 欄	本人 確認	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き)又は住民票記載事項証明書						
	身元 確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他( )						
		2つで可	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他( )						
	世帯の市町村民税 (所得割) 課税状況		非課税	収入金額		合計額		円	
		課税	市町村民税(所得割) 課税年額		合計額		円		
区分		原則	一般・重症・人工呼吸器等		生保・低I・低II・		保健所受理日		
		既認定	一般・重症・人工呼吸器等		一般I・一般II・上位		年 月 日		
自己負担上限額		円		按分前上限月額		円、按分人数 人			

※1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。

※2 小児慢性特定疾病医療支援(支給認定を受けた月以後のものに限る。)につき医療費総額が月5万円を超える月が年間6月以上ある場合が該当します。該当する場合は、領収証を添付してください。

※3 同一世帯(受診者と同じ医療保険に加入している方)内で他の医療費支給認定(指定難病又は小児慢性特定疾病)を受けている方がいる場合、自己負担上限額は医療費按分率(当該世帯における最も高い額を当該世帯における合算額で除して得た率)を乗じて得た額となります。

※4 受診者と生計を一にする方

※5 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる日を記載してください。

※6 更新の場合は、原則記入不要。

注) 適正な支給認定を行うため、審査結果及びその内容を医療意見書を作成した指定医に対して通知する場合があります。

**支給認定基準世帯員**

※受診者が国保に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員（住民票が別の方を含む）を記入してください。受診者が被用者保険に加入している場合は、受診者及び被保険者を記入してください。

	氏名 (個人番号(マイナンバー))	受診者との続柄	保健所記載欄	
			市町村民税(所得割) 課税年額	番号確認
受診者本人		本人	円	<input type="checkbox"/>
世帯員			円	<input type="checkbox"/>
世帯員			円	<input type="checkbox"/>
世帯員			円	<input type="checkbox"/>
世帯員			円	<input type="checkbox"/>
世帯員			円	<input type="checkbox"/>
合計			円	<input type="checkbox"/>

受診を希望する指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業所）をご記入ください。

医療機関名	所在地

申請者の住所が受診者の住所と異なる場合、ご記入ください。

住所	〒 _____	左記住所への受給者証等の 送付を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
申請者氏名	_____	
電話番号	_____	

(委任欄) 受診者本人（18歳以上の成人患者に限る）による申請が難しい場合、ご記入ください。

保健所長 殿

受任者 氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 委任者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

私は、本申請の権限を上記の者に委任します。  
委任者（受診者） 氏名 \_\_\_\_\_