

(別紙様式第 1 号)

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				
	住所	〒 ー							
	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		記号・番号		(記号) (番号)		
保険者名									
申請者 ※ 1	フリガナ				受診者との 続柄				
	氏名				電話番号				
自己負担上限月額 の特例（該当に✓印）		☐	人工呼吸器等装着		☐	高額かつ長期※ 2			
		☐	世帯内按分特例※ 3		☐	重症患者認定			
今回申請する受診者と同じ世帯※ 4 内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成対象者（申請中含む）				有 ・ 無 (有の場合は世帯調書の世帯員の欄に記載)					
疾病名									
受給者証への疾病名の記載 (希望しない場合は✓印)		☐ 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)			☐ 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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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									

※ 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、自己負担上限月額は医療費按分率（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。

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 ☒ ☐
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 _____

(別添様式第1号-2)

世帯調書

支給認定申請書(様式第1号)に記載した受診者及び児童(18歳未満)の保護者のほか、次に該当する世帯員の方を漏れなく記入してください。

【受診者が国保・後期高齢医療保険に加入している場合】

受診者と同じ医療保険に加入している方全員(受診者と同一の世帯に属する方(住民票が別の方を含む)に限る。)の氏名、個人番号等を記入してください。

【受診者が被用者保険(※1)に加入している場合】

被保険者のほか、同じ被用者保険に加入する指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者、同医療費助成を申請中の方の氏名等(個人番号は受診者被保険者の方のみ)を記入してください。

[illegible]

DV・虐待等の被害による避難について（該当する場合は以下に☑してください。）

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在地の都道府県又は市町村名)をマイナポータルサービス上で加害者が確認できないように秘匿することができます。

☐ 受診者、児童(18歳未満)の保護者及び世帯員にDV・虐待等の被害による避難者がいるため、所在地情報の秘匿措置を希望します。

※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

保健所記入欄	決定事項	審査	年	月	日	臨個票 住民票 課税額 医療保険の資格情報を証する書類 同意書 その他()
	申請者の 本人確認	1つで可	□運転免許証 □身体障害者手帳 □個人番号カード □その他()			
		2つ以上	□住民票 □所得・課税証明書 □介護保険証 □その他()			
	受診者等の番号確認		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	児童保護者の番号確認		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	世帯員の番号確認 1		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	世帯員の番号確認 2		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	世帯員の番号確認 3		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	世帯員の番号確認 4		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
	世帯員の番号確認 5		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()			
世帯員の番号確認 6		□通知カード □住民票(個人番号付き) □個人番号カード □その他()				
「世帯」市町村民税課税状況		・市町村民税非課税 ・市町村民税(所得割)課税年額合計 円			非課税:対象患者の収入金額計 円	
区分		一般・高額長期・人工呼吸器・※複数患者按分・境界層該当			生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位	
自己負担上限月額		円(※按分前自己負担上限月額 円)				
保険適用区分		ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・未加入				