

（表）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 （新規・更新・変更）		受給者番号							
受診者	フリガナ							生年月日	
	氏名							年 月 日	
	住所	(郵便番号 —)							
	1月1日現在の住所所在地(※1)								
	個人番号							<input type="checkbox"/> 変更なし	
	加入医療保険	保険者名(称)					保険種別	国保(組合)・協会 組合・共済 その他()	
記号・番号 (被保険者番号)									
被保険者名						受診者 との続柄	父・母 その他()		
申請者	フリガナ							受診者 との続柄	父・母・本人 その他()
	氏名								
	住所	(郵便番号 —)						電話番号	
		(受診者の住所と同じ場合は、記入は不要です。)						自宅 携帯	— — — —
(※2)	個人番号							<input type="checkbox"/> 変更なし	
疾病の名称							指定難病の受給者番号		
受療を希望する 医療機関等 (県外の医療機 関等を含む。)	区分 (該当する区分を○で囲んでください。)			医療機関等名 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)			所在地		
	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等						
	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等						
	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等						
自己負担上限 月額の特例 (該当する場合は □にレ点を記入し てください。)	<input type="checkbox"/> 高額治療継続者		小児慢性特定疾病に係る医療費総額が5万円を超えた月が年間6回以上ある場合 (重症患者認定申告書及び自己負担上限月額管理票等の写しが必要)						
	<input type="checkbox"/> 重症患者認定該当者		重症患者認定基準に適合する場合(重症患者認定申告書が必要)						
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者		人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着している場合 (人工呼吸器等装着者証明書が必要)						
	<input type="checkbox"/> 世帯内 ^{あん} 按分特例者		受診者が指定難病患者でもある場合又は裏面2に該当者がいる場合(当該医療費 支給認定に係る受給者証の写しが必要)						
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 (※3)	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				静岡県御殿場保健所長 様					

(裏)

1 医療費支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

1	世帯員氏名	続柄	1月1日現在の 住所所在地(※1)	個人番号										<input type="checkbox"/> 変更なし	
2															<input type="checkbox"/> 変更なし
3															<input type="checkbox"/> 変更なし
4															<input type="checkbox"/> 変更なし
5															<input type="checkbox"/> 変更なし
6															<input type="checkbox"/> 変更なし
7															<input type="checkbox"/> 変更なし

2 1に記載した世帯員に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる場合は記入してください（現在申請中の者を含む。）。

受給者氏名	種別（該当するものを○で囲んでください。）	受給者番号
	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	

3 生活保護受給の有無について該当するものを○で囲んでください。

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

4 申請者の収入金額（※4）について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額が分かるものの写しを提出してください。

収入の種類	1 年金 (障害・遺族・寡婦)	2 手当金 (特別児童扶養・障害・福祉)	3 その他 (障害一時金・障害給付金・障害補償)
	収入金額	円	円

5 該当する階層区分

<input type="checkbox"/> 生活保護 ・ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 上位所得

6 受療を希望する医療機関等（表面で書ききれなかった場合）

区分 (該当する区分を○で囲んでください。)			医療機関等名 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)	所在地
病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション等		

7 登録者証の交付の希望の有無について該当するものを○で囲んでください（※5）。

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(注)

- ※1の1月1日現在の住所所在地は、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。
- ※2の申請者は、受診者本人と異なる場合に記入してください。なお、受診者本人の場合は、氏名の欄に「本人」と記入してください。
- ※3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又は申請日から1か月前(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)の日のいずれか遅い日を記入してください。なお、更新の場合は、原則記入不要です。
- ※4の収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年の収入金額を記入してください。収入金額がない場合は、0円と記入してください。
- ※5で「有」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

添付書類

- 小児慢性特定疾病指定医の診断書（医療意見書）
- 小児慢性特定疾病医療支援負担上限月額算定のために必要な事項に関する書類
- 現に医療費支給認定を受けている場合は、当該医療費支給認定に係る医療受給者証