

新規に○をつけてください

記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更)

(※1)

受	フリガナ	タカマツ ハナコ				年齢	○ 歳		生 年 月 日			
	氏 名	高松 花子					○ 歳		〇〇 年 △△ 月 □□ 日			
	個 人 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
フリガナ	〒〇〇〇-〇〇〇〇							電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
住 所	高松市〇〇〇町〇〇〇-〇 マンション・アパート名〇〇〇号室											

保険証を確認し、ご記入ください

加入医療保険	被保険者氏名	高松 太郎				受診者との続柄	父		
	保険種別	1 協会けんぽ	2 組合健保	3 共済	被保険者証の記号・番号	135790 36			
	被保険者証発行機関名	〇〇組合 〇〇支部				保険者番号	01370014		
所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇								

申請者は原則として受診者と同じ医療保険の「被保険者」です

申請者(※2)	フリガナ	タカマツ タロウ				受診者との続柄	父						
	氏 名	高松 太郎											
	個 人 番 号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
	フリガナ	〒							電話番号 (日中連絡の取れやすい番号)	090-△△△△-□□□□			
住 所	受診者と異なる場合にご記入ください							階層区分は記入不要です					

該当する場合のみ記入

該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得											
自己負担上限月額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
今回申請する受診者と同じ加入医療保険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 (申請者)	有					氏名	難病・小慢		無			
						氏名	難病・小慢		無			

疾病名 1型糖尿病

「医療意見書」の病名を転記してください。

受診を希望する指定医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関名	所在地										
	〇〇〇病院	高松市〇〇町〇〇〇-〇〇 〇〇〇-〇〇〇〇										
	□□□薬局	高松市□□町□□□-□□ □□□-□□□□										
	△△△訪問看護ステーション	高松市△△町△△△-△△ △△△-△△△△										
⇒指定医療機関記載欄不足の場合は裏面に記載欄がありますので裏面に記載してください。												

該当する場合のみ記入

受給者番号 (※3)	今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合 (申請中を含む)	有の場合は指定難病の受給者番号有 ( ) ・ 無
------------	-------------------------------------	--------------------------

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 (※4、5)	令和〇年 〇月 〇〇日	【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。なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所得を確認されることに承諾します。

申請者氏名 (宛先) 高松市長

年

申請者は、原則として、受診者と同じ医療保険に加入している「被保険者」です。単身赴任で「被保険者」が高松に住所を有しない場合は、児童を現に監護している父母のいずれかを記入してください。患児本人が「被保険者」の場合は、親権を有する父母のいずれかを記入してください。国保の場合、世帯主が患児の親権を有する場合はその者。ただし、3世代同居で世帯主が祖父母等の場合は、親権を有する父母のいずれかを記入してください。

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をつけてください。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。受診者本人の場合は、本人と記載する。  
 ※3 更新又は変更の方のみ記入。  
 ※4 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) ) の同じ日までに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を記載。  
 ※5 更新の場合は原則記入不要。

受診者及び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）

世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	個人番号
高松 花子	本人	〇〇年△△月□□日 ( 〇 歳)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
高松 太郎	父	〇〇年△△月□□日 ( 〇〇 歳)	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4
高松 一郎	兄	〇〇年△△月□□日 ( 〇〇 歳)	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

**氏名・続柄・生年月日**  
・受診者と同じ医療保険に加入している方全員記入してください

**個人番号（マイナンバー）**  
・社会保険の方・・・受診者及び被保険者のみ記入してください  
・国民健康保険の方・・・加入者全員の個人番号を記入してください

●指定医療機関について（表面のつづき）

受診を希望する （指定）医療機関 （薬局、訪問看護事業者等を含む）	医療機関名	所在地

〈受付担当者記入欄〉

職権確認
------

**以下記入不要**

申請方法	来所者	本人の個人番号 確認書類(写し可)	身元 確認書類
□ 窓口 □ 郵送	□ 本人 ( 戸 ・ )	□ 個人番号カード	1点のみ で確認 個・免・パ・住・外・身 ( )
	□ 法定代理人 □ 任意代理人 (続柄: )	□ 通知カード □ 住民票写 □ その他 ( )	2点確認 必要 受・保・年・住・学+診・キ・ク ( ) □頭確認

決定年月日	認定・不認定	研究利用の同意	要・否	経過措置	原則
有効期間	～		協会健保 組合健保 共済		
被保険者の 市民税所得割額	円 保護者の 合計所得金額	円	国保 国保組合 その他		
自己負担上限額	円 生保 低I 低II	一般I 一般II 上位			
自己負担上限額の特 例	人工呼吸器等装着	高額かつ長期	世帯内按分特例	小慢 特定	重症患者認定
旧受給者番号		新受給者番号			