

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証交付申請書（新規・更新・変更）

(※1)

受診者／ 要 支 援 者	フリガナ					年齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名							年 月 日			
	個 人 番 号										
	フリガナ					電話番号					
	住 所	〒									
加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄					
	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 共済 4 国保 5 国保組合 6 その他				被保険者等 記号・番号					
	保 険 者 の 名 称					保険者 番 号					
	所在地										
申 請 者 (※2)	フリガナ					受診者との 続 柄					
	氏 名										
	個 人 番 号										
	フリガナ					電話番号 (日中連絡の取 れやすい番号)					
住 所	〒										
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（申請者）(※3)						有	氏名	難病・小慢		無	
							氏名	難病・小慢			
疾病名											
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					
	⇒指定医療機関記載欄が不足する場合は裏面に記入してください。裏面あり										
受給者番号(※4)					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 ・ 無		
指定難病の受給者番号					登録者証申請(※5)				申請する ・ 申請しない		
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 (※6、※7)	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。 なお、申請にあたり、公簿等により私及び世帯員の所得及び医療保険資格情報を確認されることを承諾します。 申請者氏名 年 月 日 (宛先) 高松市長											

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。

(裏面に続く)

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。受診者本人の場合は、本人と記載してください。

※3 受診者と生計を一にする者としてします。

※4 更新又は変更の方のみ記入してください。

※5 「申請する」を選択した場合、高松市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。

※6 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です。そのため、申請日にかかわらず、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してください。

※7 更新の場合は原則記入不要です。

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
	受診者		
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	

●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

決 定 年 月 日		認 定 ・ 不 認 定	研 究 利 用 の 同 意	要 ・ 否	
有 効 期 間	～			協 会 健 保	組 合 健 保
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	共 済 其 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 難 病	重 症 患 者 認 定
旧 受 給 者 番 号		新 受 給 者 番 号			