

小児慢性特定疾病医療費支給認定（新規・更新・変更）申請書（注1）

受診者	フリガナ			生 年 月 日		年 齢	
	氏 名			年 月 日		歳	
	住 所	(電話番号 — — )					
	個人番号						
	加入医療保険	保険種別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国保・国保組合・生保・( )				
申請者	フリガナ			受診者との続柄			
	氏 名			被保険者証の記号及び番号			
	住 所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ 〒 — —		(電話番号 — — )			
	個人番号						
	所得区分	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					
医療費支給認定基準世帯員の氏名(受診者との続柄)及び個人番号(注2)	個人番号			個人番号			個人番号
		( )			( )		( )
	個人番号			個人番号			個人番号
		( )			( )		( )
自己負担上限月額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者(注3)					
	<input type="checkbox"/>	重症患者(注4)					
	<input type="checkbox"/>	高額治療継続者(注5) (申請月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療費総額が月額50,000円以上の月が6月以上あった者)					
	<input type="checkbox"/>	特定医療費(指定難病)受給者(注6)					
受診者と同世帯の者で、特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療費の助成を受けている(申請している)者(注7)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名 受給者番号 )			
疾 病 名						疾患群	
受診を希望する指定医療機関(病院・診療所、薬局、指定訪問看護事業者)	医 療 機 関 名			所 在 地			医療機関コード
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(注8) ※更新の場合は、原則、記入不要	年 月 日		【左記の欄が申請日から1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 ( )				
<p>上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給認定（新規・更新・変更）を申請します。</p> <p>また、私及び裏面に記載の者は、小児慢性特定疾病医療費支給認定（新規・更新・変更）事務を処理するために限り、岐阜市長が住民基本台帳関係情報及び地方税関係情報を取得することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>(あて先) 岐阜市長</p>							
市記入欄	世帯の市民税(所得割)課税状況	非課税	収入額	合計額	円	区分	人工・重症・高額・按分
		課税	市民税(所得割)課税年額	合計額	円		生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位
(注1) 次の書類のうち、必要なものを添付してください。 ①小児慢性特定疾病医療意見書 ②所得区分照会に関する同意書 ③医療被保険者証の写し ④小児慢性特定疾病医療受給者証の写し ⑤年金証書その他必要書類				申請 新規(転入)・更新・変更			
(注2) 受診者と同じ医療保険に加入する方を全員(住民票が別の方を含む。)記入してください。				受理印			
(注3) 人工呼吸器等装着者認定証明書を提出してください。							
(注4) 重症患者認定申告書を提出してください。							
(注5) 高額治療継続者認定申告書を提出してください。							
(注6) 特定医療費(指定難病)受給者証の写しを添付してください。							
(注7) 特定医療費(指定難病)受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証の写しを添付してください。							
(注8) 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が児童福祉法第6条の2第3項に規定する厚生労働大臣が定める程度の疾病の状態であると診断した日(原則、申請日から1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月前))まで遡って申請することが可能ですので、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、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。							

(裏)

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

備考

- 1 同意する者が自署してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとってください。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載してください。