

記入例

| 小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書                                                                                             |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|---|---|---------------|---|----------------------------------|--------------------------|--------------|--|--|
| 受診者                                                                                                              | 受給者番号                                       | 1                        | 2                           | 3             | 4 | 5 | 6             | 7 |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | ふりがな氏名                                      | おおつ たろう<br>大津 太郎         |                             |               |   |   |               |   | 性別                               | 生 年 月 日                  |              |  |  |
|                                                                                                                  | 個人番号                                        | 1234 5678 9012           |                             |               |   |   |               |   | 男                                | 平成〇〇年 □ 月 △ 日 (◇歳)       |              |  |  |
|                                                                                                                  | 住 所<br>(居住地)                                | 〒520-××××<br>大津市〇〇町×番△号  |                             |               |   |   |               |   | 連 絡 先<br>(電話)                    | 075-000-0000             |              |  |  |
|                                                                                                                  | 加 入<br>医療保険                                 | ふりがな<br>被 保 険 者 氏 名      | おおつ いちろう<br>大津 一郎           |               |   |   |               |   |                                  | 受 診 者 と<br>の 続 柄         | 父            |  |  |
|                                                                                                                  |                                             | 保 険 種 別                  | 健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他( ) |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  |                                             | 保 険 者 名 称                | 〇〇健康保険組合                    |               |   |   |               |   |                                  | 被保険者証記<br>号・番 号          | 0000 - 00000 |  |  |
| 病 名<br>(主疾病)                                                                                                     | 〇〇△△                                        |                          |                             | 病 名<br>(副疾病1) |   |   | 病 名<br>(副疾病2) |   |                                  |                          |              |  |  |
| (保護者)<br>申請者                                                                                                     | ふりがな氏名                                      | おおつ いちろう<br>大津 一郎        |                             |               |   |   |               |   | 受 診 者 と の<br>関 係                 | 父                        |              |  |  |
|                                                                                                                  | 個人番号                                        | 9876 5432 1098           |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | 住 所                                         | 〒520-××××<br>大津市〇〇町×番△号  |                             |               |   |   |               |   | 連 絡 先<br>(電話)                    |                          |              |  |  |
| 変更事項                                                                                                             | 事 項                                         | 変更前                      |                             |               |   |   |               |   | 変更後                              |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 病 名                |                          |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 受診を希望する<br>指定医療機関等 | 医療機関等の名称及び所在地            |                             |               |   |   |               |   | 医療機関等の名称及び所在地                    |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 自己負担上限<br>額の特例     | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着                    |               |   |   |               |   |                                  | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定       |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                             | 重症患者認定                   |                             |               |   |   |               |   | <input type="checkbox"/>         | 高額かつ長期                   |              |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                             | 高額かつ長期                   |                             |               |   |   |               |   | <input type="checkbox"/>         | 世帯内按分特例                  |              |  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                             | 世帯内按分特例                  |                             |               |   |   |               |   | <input type="checkbox"/>         |                          |              |  |  |
| 他の小児慢性特定疾病での受給者証の支給の有無                                                                                           |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   | (有) (受給者番号 1234567 )・ 無          |                          |              |  |  |
| 申請する受診者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費<br>助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無                                                    |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   | (有) (氏名・受給者番号 大津 花子 0000000 )・ 無 |                          |              |  |  |
| 【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】<br>見書の受領に時間を要したため<br>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<br>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 |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
| 私は、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。<br>令和 ○ 年 ○月 ○日<br>住所 大津市〇〇町×番△号<br>申請者 氏名 大津 一郎 受給者との続柄( )<br>(宛先) 大津市長         |                                             |                          |                             |               |   |   |               |   | 申 請 受 付<br>年 月 日                 |                          |              |  |  |
| 保 健<br>所 記<br>入 欄                                                                                                | 世帯の市町村<br>民税課税状況<br>等                       | 課 税                      |                             |               |   |   |               |   |                                  | 保護者(本<br>収入額             |              |  |  |
|                                                                                                                  | 非課税                                         |                          |                             |               |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |
|                                                                                                                  | 加入医療保険変<br>更の有無                             | 有 ・ 無                    |                             | 送             |   |   |               |   |                                  |                          |              |  |  |

按分対象者の受給者証の受給番号を御記入ください。

世帯内按分特例に✓してください。

自己負担上限額の変更は申請月の翌月 1 日からとなるため、御注意ください。  
※ただし、申請日が月の初日である場合のみ、申請月 1 日から上限が変わります。

注1 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。  
2 受診を希望する指定医療機関等欄(薬局又は訪問看護事業所を含む。)に不足があるときは、裏面に記載してください。  
3 変更事項欄の該当するものの□にレ印を記入してください。  
4 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。  
5 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まで遡ることができます。ただし、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大で3か月前)の同じ日までを限度とします。  
6 保健所記入欄には、記入しないでください。

○注意事項

|     |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) | 人工呼吸器等装着<br>継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。<br>生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。                                                                        |
| (2) | 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」）<br>高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。                                                                                                                           |
| (3) | 重症患者認定<br>平成26年厚生労働省告示第462号に定める小児慢性特定疾病による身体の状態又は当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。                                                                                                                                      |
| (4) | 世帯内按分特例<br>受診者が指定難病医療費助成を受けている者（ただし、同一疾病により小児慢性特定疾病医療費助成を受けている者を除く。）又は受診者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者がいること。<br>上記の特例については、(1)から(3)までにあつては医師による証明等、病院等の証明等の書類、(4)にあつては特定医療費（指定難病）受給者証の写しを添付してください。 |

○加入医療保険に関する事項

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 |  | 加入する医療保険の名称 | 受診者の続柄 |  |
| 世帯員氏名 |  |             | 続柄     |  |
| 世帯員氏名 |  |             | 続柄     |  |
| 世帯員氏名 |  |             | 続柄     |  |
| 世帯員氏名 |  | 加入する医療保険の名称 | 受診者の続柄 |  |

○支給認定基準額に関する事項

※該当する場合のみ、こちらへ記入をお願いします。

|                               |                                              |
|-------------------------------|----------------------------------------------|
| 市町村民税非課税世帯で基礎控除後の年収が80万円以下の場合 | (提出書類以外に)児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付の支給は受けていませ    |
| 所得を確認する書類を出さない場合              | 22条第1項第1号(児童福祉法の規定により読み替えて適当な書類)を確認する書類は提出しま |

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

|                |     |       |
|----------------|-----|-------|
| 受診を希望する指定医療機関等 | 変更前 | 変更後   |
|                | 日   | 及び所在地 |
|                |     |       |
|                |     |       |
|                |     |       |

【申請者(保護者)の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 送付先住所 | 〒                  |
| 氏 名   | 本人との関係( )<br>電話( ) |