

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新）

受診者	受給者番号							
	ふりがな 氏名							生年月日
	個人番号							年月日（歳）
	住所 (居住地)	〒						連絡先 (電話)
	加入 医療保険	ふりがな 被保険者氏名						受診者 との続柄
		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					記号・番号	
病名 (主疾病)			病名 (副疾病1)			病名 (副疾病2)		
申請者	ふりがな 氏名							受診者との 関係
	個人番号							
	住所	〒						連絡先 (電話)
受診を希望する指定 医療機関等		医療機関等名			所在地			
自己負担上限月額の 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"/>	高額かつ長期			<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	
今回申請する受診者と同じ世帯内で指定難病又は小児慢性特定疾病の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					有（氏名・受給者番号）・無			
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 (申請中含む)					有（受給者番号）・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（診断年 月日等） 【新規のみ記入】	年月日		<p>【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】</p> <p><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</p> <p>〔 〕</p>					
<p>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。</p> <p>年月日</p> <p>申請者 住所 氏名 (宛先) 大津市長</p> <p>受診者との続柄（）</p>								申請受付 年月日

注1 標題の申請のうち、新規・更新のいずれか該当する事項に○をしてください。

2 受給者番号は、更新の場合のみ記入してください。

3 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。

4 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を行うことができ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。

大津市記入欄	課税	円 (市町村民税課税（所得割）)			自己負担 上限額	円	
	非課税	80万9千円以下・80万9千円を超える			特例		
	研究利用 同意書	有・無	受付場所：母子保健課・（）すこやか・郵送等			受付者：	
	本人確認	免・個・通	その他（）			・後日	
	備考						

○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		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	

○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80万9千円以下の場合	(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ん。 氏名
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限月額は、児童福祉法施行令第22条第1項第1号（児童福祉法施行令の一部を改正する政令（平成26年政令第357号）附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名

注 不要の文字は、抹消してください。

【申請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（ 電話（ ） ）	