

記入例

「新規」に○

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						個人番号は、受診者の12桁の個人番号（マイナンバー）を御記入ください。	
	ふりがな 氏名	おおつ たろう 大津 太郎					生年月日（△△△△年△△月△△日（△△歳））	
	個人番号	1234 5678 9012					連絡先（電話）	
	住所 (居住地)	〒520-XXXX 大津市○○町×番△号					連絡先は保護者様で連絡のつきやすい番号を御記入ください。	
	加入 医療保険	ふりがな 被保険者氏名	おおつ いちろう 大津 一朗					受診者
		保険種別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他					受診者が加入している医療保険の被保険者を御記入ください。
		保険者名称	滋賀県○○組合					記号・番号
病名 (主疾病)	○○△△		病名 (副疾病1)				受診者が加入している医療保険の被保険者の方が申請者となります。	
申請者	ふりがな 氏名	おおつ いちろう 大津 一朗					・「人工呼吸器等装着」を申請される方は、別途「人工呼吸器等装着者証明書」の提出が必要です。 ・「重症患者認定」「高額かつ長期」を申請される方は、別途「重症患者認定申請書」の提出が必要です。	
受診を希望する指定 医療機関等	○○病院	医療意見書を作成した医療機関1か所のみを御記入ください。 ※複数の医療機関等を記入いただく必要はありません。						
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的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）			同一世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方で、同じ医療保険に加入している方がいる場合は、氏名と番号を御記入ください。	
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）				
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ヶ月以内に該当する事項に○をしてください。】</p> <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要する <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと <input type="checkbox"/> その他					受診者が指定難病の医療費助成を受給中又は申請中の場合は、指定難病の受給者番号を御記入ください。	
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。 ○年 ○月 ○日 申請者 住所 大津市○○町×番△号 氏名 大津 一朗 (宛先) 大津市長							受診者との続柄（父）	記入不要

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	(市町村民税課税(所得割))		円	自己負担上限額	円
	非課税	80万				
	研究利用 同意書	有				
	本人確認	免				
	備考					
	記入不要					

○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）

受診者と同じ医療保険に加入している世帯員を全員御記入ください。続柄は、受診者との続柄を御記入ください。

世帯員氏名	大津 一朗	個人番号	1234 5678 9013	受診者との続柄	父
世帯員氏名	大津 花子	個人番号	1234 5678 9014	受診者との続柄	母
世帯員氏名	大津 はじめ	個人番号	1234 5678 9015	受診者との続柄	兄
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			

○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。

被保険者が市町村民税非課税かつ年収80万9千円未満の場合は、申請者の氏名を御記入ください。

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各号に該当す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 署名された場合は、自己負担上限月額が最高額となります。

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（ ）