

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		
								年 月 日（ 歳）		
	個人番号									
	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		☐	人工呼吸器等装着				☐	重症患者認定		
		☐	高額かつ長期				☐	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			【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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他 〔 〕					
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 氏名 （宛先） 大津市長								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	826,500円以下 ・ 826,500円を超える		特 例		
	研究利用 同 意 書	有 ・ 無	受付場所： 母子保健課窓口 ・ 郵送等			受付者：
	本人確認	免 ・ 個 ・ 通 ・ その他（ ） ・ 後日				
	備 考					

(裏)

○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826,500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、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。