

（表）

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 大津 太郎							生 年 月 日	
	個人番号	1234 5678 9012							平成〇〇年 □ 月 △ 日（◇歳）	
	住 所（居住地）	〒520-×××× 大津市〇〇町×番△号							連絡先（電話）	077-000-0000
	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 と 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				記 号 ・ 番 号	0000 - 00000	
病 名 （主疾病）	〇〇△△		病 名 （副疾病1）				病 名 （副疾病2）			
申 請 者	ふりがな氏名	おおつ いちろう 大津 一朗							受 診 者 と の 関 係	父
	個人番号	9876 5432 1098								
	住 所	〒520-×××× 大津市〇〇町×番△号							連絡先（電話）	077-000-0000
変 更 事 項	事 項	変更前				変更後				
	☒ 病 名									
	☐ 受診を希望する指定医療機関等	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				
	☐ 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			☐	高額かつ長期				
☐		世帯内按分特例			☐	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） 【病名の追加・変更を行う場合のみ記入】		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希望する旨を令和〇年 〇月 〇日 申請者 住所 大津市〇〇町×番△号 氏名 大津 一朗 (宛先) 大津市長					医療意見書に記載の診断年月日等を御記入ください。 診断年月日等が申請日から1か月以上前になる場合は、 右記の欄の該当する理由にチェック又はその他理由を 御記入ください。					

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 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。
3 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	自己負担 上限額	円
	非課税	826		
	研究利用 同意書	有		受付者：
	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）

世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		記入不要			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		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ない。	
所得を確認する書類を提出しない場合	記入不要	
	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（ ）