

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新 変更)			
公費負担番号(※1)		受給者番号(※1)	
フリガナ	タテヤマ ハナコ		生年月日 平成 26 年 4 月 1 日 (9 歳)
氏名	立山 花子		
個人番号	個人番号カードを見てご記入下さい。		
住所	〒939-8588 富山市蟻川459番地1		076-428-1152 国保または国保組合の場合は、受診者本人の氏名をご記入ください。
受診者	フリガナ	タテヤマ タロウ	
	被保険者氏名	立山 太郎	受診者との関係 父
	保険種別	協会・(組合)・船員・共済・国保(組合・一般・退職)	
加入医療保険	被保険者証の記号・番号	1234567 123	
・18歳未満の受診者の方は、受診者と同じ医療保険に加入している保護者の方です。被用者保険の場合は被保険者氏名をご記入ください。 ・18歳以上20歳未満の方は、本人の氏名をご記入ください。		〇〇健康保険組合	保険者番号 12345678
		富山市〇〇123-4	適用区分 (*記入不要)
(申請保護者者) (※2)	フリガナ	タテヤマ タロウ	
	氏名	立山 太郎	受診者との関係 父 必ずご記入ください。
	個人番号	個人番号カードを見てご記入下さい。	
住所	〒930-1234 富山市新桜町7番38号		電話番号 日中の連絡先 ()
該当する階層区分	生活保護・低所得I・低所得II		一般所得II・上位所得
記入不要です。 (特記事項に☑)	<input checked="" type="checkbox"/>	重症患者認定(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 高額かつ長期(※4)
	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着(※5)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例(※6)
受診者と同じ医療保険に加入している世帯員(医療保険上の世帯)で、指定難病又は小児慢性特定疾病(※7)を患っている世帯員(小児慢性特定疾病)の氏名	氏名	公費負担番号 (指定難病・小慢)	受給者番号
	氏名	公費負担番号 (指定難病・小慢)	受給者番号
<疾病名の変更・追加の場合> 指定医が記載する医療意見書の提出が必要で変更・追加する疾病名を記載してください。			
疾病名(※7)	(認定済み) IgA腎症 (追加又は変更) 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)		
受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。)	医療機関名	所在地	医療機関コード (*記入不要)
	富山市民病院	富山市今泉北部町2番地1	
	富山薬局	富山市今泉北部町1234番地5	
	富山訪問看護ステーション	富山市蟻川1234番地5	
診断日または申請時から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長3か月前)の日のいずれか遅い日をご記入ください。	小児慢性特定疾病で受診される病院、診療所、薬局、訪問看護事業所をご記入ください。受給者証は、児童福祉法に基づき指定された指定医療機関以外では使用できません。		
小児慢性の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※8)	【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(該当するものに☑)】		
いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 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()		
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。この申請にあたり、申請時及び認定期間中の受給者管理に必要な住民記録情報や市民税情報について、貴職が調査することに同意します() 同意しません()	申請日から1か月以上前の場合は、該当の理由を選択してください。		
年 月 日	18歳未満の受診者の方は、受診者と同じ医療保険に加入している被保険者を、18歳以上20歳未満の受診者は、本人の氏名をご記入ください。		
申請者(保護者) 氏名 立山 太郎	裏面もご記入ください。		
(宛先) 富山市保健所長	受付日 (/)		

- ※1 更新又は変更の場合に記入してください。
- ※2 受診者と異なる場合に記入してください。
- ※3 重症患者認定申告書及び診断書(重症患者認定用)を添付してください。(小児慢性特定疾病の原因とする記載のある身体障害者手帳(1・2級)がある方は、その写しを添付してください。)
- ※4 高額な医療が長期的に継続することを証明する書類を添付してください。
- ※5 「人工呼吸器等装着者申請者・証明書」を添付してください。
- ※6 受給者と同じ医療保険に加入している世帯員の小児慢性特定疾病医療受給者証又は特定医療費(指定難病)受給者証の写し(受給者を含む。)を添付してください。
- ※7 申請する疾病が複数ある場合は、全ての疾病名を記入してください。
- ※8 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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又は申請日から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、最長3か月前)の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日その他の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を記入してください。(更新の場合は、原則記入不要です。)

支給認定基準世帯員（医療保険上の世帯:受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名（年齢）	受診者（立山 花子（9））	受診者との続柄	本人
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	立山 太郎（40）	受診者との続柄	父
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			

個人番号カードを見てご記入下さい。

添付書類		自治体記入欄	保健所受付欄
1	小児慢性特定疾病医療意見書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
2	受診者及び保護者の属する世帯全員の住民票	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
3	医療意見書の研究利用についての同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
4	医療保険上の世帯員全員（被用者保険の場合は被保険者分のみ）の市民税所得・課税証明書（非課税証明書）または生活保護証明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
5	医療保険上の世帯員全員の健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
6	同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
7	高額療養費の所得区分の確認に伴う必要書類（該当者のみ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	
8	自己負担上限月額の特例の添付書類 重症：申告書・診断書・身体障害者手帳 高額かつ長期：証明する書類 人工呼吸器等装着：証明書 世帯内按分：受給者証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ（	

受付者記入欄

申請者本人の場合

① 本人の身元確認
 個人番号カード 運転免許証
 その他（ ）

② 本人の番号確認
 個人番号カード 通知カード
 個人番号が記載された住民票

申請者本人ではない場合（ ）

① 代理人の身元確認
 個人番号カード 運転免許証
 その他（ ）

② 申請者本人の番号確認
 個人番号カード 通知カード
 個人番号が記載された住民票