

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)		
受診者	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 -	電話番号	- -
	加入医療保険	フリガナ	受診者との関係	
被保険者氏名				
保険種別		協会・組合・船員・共済・国保 (組合・一般・退職)		
被保険者証の記号・番号		保険者番号		
被保険者証の発行機関名				
所在地	適用区分 (*記入不要)			
(申請保護者) (※2)	フリガナ	受診者との関係		
	氏名			
	個人番号	電話番号 (日中の連絡先は必ず記入)	日中の連絡先 ( - - )	
住所	〒 -			
該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得			
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	重症患者認定 (※3)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (※4)
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着 (※5)	<input 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の医療費助成を受けている者又は申請中の者 ※受診者の指定難病も含む。	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 (※7)				
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)	
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)	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 (該当するものに☑)】		
		<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、認定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) 年 月 日 申請者 (保護者) 氏名 (宛先) 富山市保健所長				

- ※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。  
(小児慢性特定疾病を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。)

受付日	( / )
受付場所	保健所 ( ) 保健福祉センター
受付者	( )

裏面もご記入ください

