

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									
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					保険者番号				
	所 在 地				適用区分 (*記入不要)				
(保 険 者 の 申 請 者 (※2))	フリガナ				受診者 との関係				
	氏 名								
	個人番号								
	住 所	〒 - -			電話番号 (日中の連絡先 は必ず記入)	- - (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Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								
自己負担上限月額の特 例(該当するものに☑)	☐	重 症 患 者 認 定(※3)			☐	高 額 か つ 長 期(※4)			
	☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着(※5)			☐	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☑)】						
			☐ 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 ()						
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

受付日	(/)
受付場所	保健所・()保健福祉センター
受付者	

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（ ）	受診者との続柄	本人
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			
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			

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	☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ なし メモ()	
3	医療意見書の研究利用についての同意書	☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ なし メモ()	
5	受診者及び被保険者の資格情報を確認できる書類	☐ あり ☐ なし メモ()	
6	同意書	☐ あり ☐ 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)	☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ 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