

(表)

様式第1号 (第2条関係)

※特例		人呼	高額	重症	按分	複数疾患		
※階層		I	II	III	IV	V	VI	
受給者番号※1	※同意書		有・無					
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入・再登録) (※2)								
受診者	フリガナ	幼井 知		年齢	生年月日			
	氏名	高崎 太郎			15歳	平成 〇〇年 〇月 〇日		
	個人番号	123456789011						
	フリガナ	幼井シ タマツチヨ		住所	電話	027-381-6112		
	住所	〒370-0000 高崎市高松町5-28			番号			
		被保険者氏名	高崎太郎		受診者との続柄	本人		
	保険種別	市国保		被保険者証の	123456			
	所在地	高崎市		新規申請時は、申請できません。				
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例		<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
疾病名	〇〇〇病		現在、同一世帯内で小児慢性特定疾病または指定難病の受給者証を持っている人がいる場合は、チェックを入れてください。		「重症患者認定申請書」が別途必要です。(保護者が記入)			
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。)	〇〇病院	高崎市						
	〇〇薬局	高崎市〇〇町2-2						
	訪問看護ステーション〇〇	高崎市〇〇町334						
上記のとおり、小児慢性特定疾病の状況及び生活保護情報については記載したとおりです。自己負担限度額について異存はありません。(同意しない事項がある場合には、二重線で削除してください。)				個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。				
令和4年4月1日				申請者氏名 高崎 一郎				
				(個人番号: 123456789012)				
				住所 高崎市高松町5-28				
				(受診者との続柄: 父)				
				(電話番号: 027-381-6112)				
				090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母)				
添付書類 ①指定医の診断書(医療意見書) ②健康保険証の写し(写し) ③税関係書類等(裏面参照)								
注意事項 1 成長ホルモン治療を行う場合は、事前に主治医と相談する必要があります。 2 本疾病により、人工呼吸器等を使用している場合は、「人工呼吸器等装着者診断書」をあわせて提出してください。 3 変更申請は、自己負担額、重症患者認定等の変更並びに疾病の追加等の場合に限ります。その他の変更の場合には、記載事項変更届(様式第7号)を提出してください。								
※1 更新又は再登録の方は記入してください。								
※2 新規・更新・変更・転入・再登録のいずれかを○で囲んでください。								

(裏面も記入してください。)

(裏)

支給認定基準世帯員(受給者と同じ医療保険に加入する者)

協会けんぽ、健保組合、共済等に参加されている方が「被用者」になります。

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。

(フリガナ) 氏名 個人番号	患者本人	年齢	医療保険の種類	(被用者保険) 被用者の別	前年収入の有・無	住民税所得割税額(※記載不要)	特定医療(指定難病)受給有無	小児慢性特定疾病受給有無
タカサキ タロウ 高崎 太郎 123456789011	患者本人	15歳	国保・後期高齢者 被用者	本人・被扶養者	有・無			
タカサキ イチロウ 高崎 一郎 123456789012	父	45歳	国保・後期高齢者 被用者	本人・被扶養者	有・無		○	
			国保・後期高齢者 被用者	本人・被扶養者				

保険が国保の場合は、記入は不要です。

該当する場合は、○をつけてください。

この記入例では、父が被用者保険の加入者であり、患者本人が父の被扶養者になっていることを想定して、父(被保険者)、本人(小児慢性特定疾病受給者)の名前を記入しています。

⇒この場合、患者本人と、患者を扶養している父の保険証の写しの提出及びマイナンバーの記入が必要です。

患者が国保の加入者である場合は、同じ世帯にいる国保加入者の全ての名前及びマイナンバーの記入が必要です。

⇒この場合、国保加入者全ての保険証の写しの提出が必要です。

※支給認定基準世帯員に該当する方の住民税の課税額により、階層(自己負担額)を決定します。(詳しくは別紙をご確認ください。)

を記載してください。

下記に該当する方は、該当する状況欄に○をつけ、指定された書類を添付してください。

該当する状況	税関係書類が必要な方の状況	税額等の認定のために添付する書類
○	令和4年1月1日に本市に住民票があり、所得等を申告している方	添付書類は不要です。
	生活保護受給者	添付書類は不要です。
	中国残留邦人等に対する生活保護の支給に関する法律(昭和46年法律第100号)に基づき、帰国後の自立の支援に関する法律(令和2年法律第111号)に基づき、帰国された方等)	添付書類は不要です。
	令和2年1月1日現在、本市以外に住所を有する方(他市区町村で課税の場合(住所地以外での課税))	令和4年1月1日時点での住所地をお伝えください。
	所得状況を申告していない場合	申告の上、非課税所得がある場合はその額がわかる書類を提出してください。
	令和3年分の住民税所得割額が251,000円以上	下記署名欄に署名していただければ、添付書類はありません。
	今回の小児慢性特定疾病医療費の支給の申請については、令和2年分の住民税所得割額が251,000円以上のため、税額等を証明する書類は提出しません。	

該当する欄に○をつけてください。

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における
医療意見書の研究利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

同意をいただける場合は、記入をお願いします。

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている児童等の健全育成に資する調査研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることに同意します。

令和 4年 4月 1日

住 所 高崎市高松町5-28

患者氏名 高崎 太郎

申請者署名 高崎 一郎