

		※特例	人呼	高額	重症	按分	複数疾患				
受給者番号 (※1)		※同意書	有・無	※階層	I	II	III	IV	V	VI	
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 夕		生年月日							
	氏名	高崎 太郎		令和〇年〇月〇日							
	個人番号	123456789011									
	フリガナ	幼井 夕マツヨ		電話番号	027-381-6112						
	住所	〒370-0829 高崎市高松町5-28									
	加入	被保険者氏名	高崎 一郎		受診者との続柄	父					
	保険種別	協・ 組 ・		被保険者証の記号・番号	1-23456						
	証名	高崎保険組合		高崎市高松町35-1							
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	〇〇〇〇病										
受診を希望する指定医療機関	医療機関名	〇〇病院									
	医療機関名	〇〇薬局									
	医療機関名										
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 (※3・4)	令和〇年 〇月 〇日		【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】 <input type="checkbox"/> 医療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、申請書類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の支給を申請します。また、自己負担限度額の決定に必要な所得状況及び生活保護情報については記載の個人番号等を利用し、自己負担限度額について異存はありません。(同意しない事項は記載してください。)											
令和〇年 〇月 〇日											
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)									

※1 更新、変更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。
 ※3 医療費の支給認定日は申請日から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)の同じ日まで遡って申請することが可能です。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等、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載してください。
 ※4 審査の結果、必ずしも記載された支給認定日とならない場合もあります。

(裏面も記入してください。)

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。		協会けんぽ、健保組合、共済等に加入されている方が「被用者」になります。			保険が国保の場合は記入不要です。			
個人番号	続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	被保険者本人・被扶養者の別	収入の有・無	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	4歳	国保・後期高齢 被用者	本人・被扶養者 本人・被扶養者	有・無 有			
タカサキ イチロウ 高崎 一郎 123456789012	父	35歳	国保・後期高齢 被用者	本人・被扶養者 本人・被扶養者	有・無 有		○	

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)、患者本人(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。

患者本人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。(詳しくはこのHPの「自己負担額」の項目をご確認ください。)

受給者に該当する場合には○を付けてください。

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○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場合	添付書類は不要です。
	生活保護を受給中	添付書類は不要です。
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進に関する法律による支援給付を受給中付書類は不要です。	
	年1月1日に本市に住民票がない場合(転入された方等)	年1月1日時点での住所地をお伝えください。
	他市区町村で課税の場合(住所地以外での課税)	課税されている市区町村名をお伝えください。
	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。
	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、	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。
		申請者氏名(自署)

該当する欄に○を付けてください。

同意をいただける場合は、記入をお願いします。

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

厚生労働大臣 殿

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請にあたり、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、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として、利用されることに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 高崎市高松町5-28
 患者氏名 高崎 太郎
 代理人氏名 高崎 一郎

備考 「代理人氏名」は、患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって同意する場合に署名してください。

- 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(上記参照) ③税関係書類(省略可、上記参照)
- 注意事項
- 成長ホルモン治療を行う場合は、「成長ホルモン治療用意見書」も必要になります。
 - 本疾病により、人工呼吸器、体外式補助心臓等を使用中の方は、「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。
 - 変更申請は、自己負担上限額の階層及び特例(人工呼吸器等装着、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です。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。