

# 小児慢性特定疾病 医療費支給認定 申請書(新規・更新・変更)

年 月 日

(あて先)一宮市保健所長

申請者 氏名

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。なお、この申請の審査に必要な市民税等に関する資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

		※受給者番号																		
受療者	フリガナ			年齢	生年月日	年 月 日														
	氏名				歳	個人番号														
	住所	〒				電話番号														
	加入医療保険	被保険者氏名					受療者との続柄													
被保険者証の記号・番号						保険者番号														
被保険者証発行機関名																				
保険種別		1協会 2組合 3日雇 4共済 5国保 6生保 7その他( )																		
申請者	フリガナ					受療者との続柄														
	氏名					個人番号														
	住所	〒		□上記と同じ		電話番号		□上記と同じ												
該当する所得区分	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	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期													
(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例				<input type="checkbox"/>	重症患者認定													
今回申請する受療者と同じ世帯内にいる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(受療者本人の場合を含む。)				有 (氏名)		(受給者番号)														
疾病名																				
身体障害者手帳等の有無		有 (障害等級 級、手帳番号 ) ・ 無																		
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									
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		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】 <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〔 〕															
(添付書類)		1 世帯調書   2 医療意見書   3 被保険者証の写し   4 世帯の所得を証明する書類 5 医療意見書の研究等への利用についての同意書   6 高額療養費区分照会同意書   7 世帯内按分該当者の医療証 8 人工呼吸器等装着者証明書   9 重症患者認定申告書																		

(市事務処理欄)

個人番号確認資料	個人番号カード、個人番号通知カード、住民票の写し、その他( )		
申請者の本人確認資料	個人番号カード、運転免許証、旅券、その他( )		
承認有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
受付番号		自己負担金	円