

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受 診 者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			平 成	年 月 日
	個人番号			令 和	(歳)
	住 所 ※住所が異なる場合は 朱書き訂正してください				
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名 又 は 世 帯 主			受 診 者 と の 続 柄
	保 険 種 別	全国健康保険協会 ・ 組合管掌 ・ 共済 ・ 国保 ・ 生保 ・ その他			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				
	記号：	番号：	枝番：		
	受給者番号 (更新・変更の方のみ)				
	疾病名				
自己負担上限額の特例等 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<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	
同じ医療保険加入世帯に、本人以外の「指定難病」又は「小児慢性特定疾病」の医療費助成対象者			有(申請中含む)〔氏名〕・無		
本人が、「指定難病」の医療費助成対象者			有(申請中含む)〔受給者番号〕・無		
別紙の、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の同意			<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
医療意見書に記載された 診断年月日 ※1、2	年 月 日	【左の欄が申請日から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 checked="" type="checkbox"/>) <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〔 〕			
<p>宮崎市長 殿</p> <p>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。</p> <p>なお、当事業の申請に必要な住民基本台帳、課税・所得状況、加入保険情報、生活保護受給状況および各種手当て受給状況の調査をされること、他自治体に対する本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会をすることについて同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 続柄</p> <p>個人番号</p>					
裏面もご記入ください。			(連絡先1)	-	()
			(連絡先2)	-	()

※1 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）の同じ日まで遡ることが可能。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、医療意見書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。

※2 更新の場合は、原則記入不要。

※国保組合の場合のみ記入（世帯全員） ●支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

受診者との続柄	氏名	生年月日	個人番号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

●年金及び手当での受給（世帯内で受給がある場合）

<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当（受給者：父・母・その他） 円／年額	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金・遺族基礎年金（受給者：父・母・その他） 円／年額
<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当（受給者：本人） 円／年額	<input type="checkbox"/> 寡婦年金 円／年額
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当（受給者：父・母・その他） 円／年額	<input type="checkbox"/> 障がい年金（受給者：父・母・その他） 円／年額
<input type="checkbox"/> 福祉手当（受給者：父・母・その他） 円／年額	<input type="checkbox"/> 特別障がい給付金・障がい補償（受給者：本人・父・母・その他） 円／年額
<input type="checkbox"/> 受給なし	

●申請の委任（受診者が18歳以上で、受診者のご家族等が申請される場合）

委任者は、委任者自身による申請が難しいため、受任者へ小児慢性特定疾病医療費支給認定申請を委任します。

[委任者] 住所： _____
 氏名： _____

[受任者] 住所： _____
 氏名： _____ 委任者との続柄： _____