

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

【表】

受診者 (対象児)	受給者番号 (お持ちの方のみ)							いずれかに○ を記入⇒	新規・転入・更新・変更	
	疾病名									
	フリガナ	生 年 月 日								
	氏 名	平成 年 月 日								
	個人番号	令和 (歳)								
	住 所	〒 -								
		宮崎市								
加入医療保険	保険種別	国民健康保険(宮崎市・業種別)・協会けんぽ・組合・共済・生活保護								
	保険者名称									
	記号・番号・枝番	記号	番号				枝番			
	被保険者氏名 又は世帯主									
申請者	フリガナ	電 話 番 号								
	氏 名	続柄 ()				優先①	- - (続柄)			
	個人番号					優先②	- - (続柄)			
	住 所	〒 -								
宮崎市 □受診者と同じ(✓を付けた場合は記入不要)										
自己負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	別途、『人工呼吸器等装着者証明書』の提出が必要							
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	別途、『重症患者認定申告書』の提出が必要							
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	別途、『自己負担上限月額管理票の両面コピー』の提出が必要							
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	按分対象者氏名		受給者番号		受給区分			
					指定難病・小児慢性					
				指定難病・小児慢性						
提出した医療意見書の情報が、①厚労省データベースに登録されること、 ②創薬の研究開発等に利用されることへの同意								<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
【更新の場合は記入不要】 所得確認者の同年1月1日(1~6月は前年1月1日)時点での住民登録								<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所()		
各種給付金(手当・年金等)の受給状況								<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり→裏面「各種給付金等の確認」を記入		
【更新の場合は記入不要】 医療意見書に記載された 診断年月日※1		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 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()						
※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。										
宮崎市長 殿 上記疾病について、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 なお、支給認定にあたり、支給認定に必要な住民情報、世帯員の課税・所得状況、加入保険情報、生活保護受給状況、手当等受給状況の調査をされること、税証明交付について所管課長を代理人と定め申請を委任すること、また他自治体に対する情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会・提供について世帯全員が同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 【受給者証送付先】 <input type="checkbox"/> 受診者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他住所(〒 宛名:)										

●支給認定基準世帯員〔※国保組合の場合のみ記入（加入者全員）〕

【裏】

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	

●各種給付金等の確認〔※給付がある場合のみ記入〕

<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障がい（基礎・厚生・共済）年金
<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当	<input type="checkbox"/> 遺族（基礎・厚生・共済）年金
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当	<input type="checkbox"/> 寡婦年金
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	<input type="checkbox"/> 障害手当金
<input type="checkbox"/> 障害（補償）一時金	<input type="checkbox"/> 障害（補償）給付

（委任欄）受診者本人（18歳以上の成人患者）による申請が難しい場合は、ご記入ください。

[受任者] 氏 名	委任者との続柄
住 所	
私は、本申請の権限を上記の者に委任します。	
委任者（受診者本人）	氏名