

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・転入・疾病変更・疾病追加)

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について、申請日より遡ることを希望しません。(表面)

申請種別	新規・転入(県・ 市)・疾病追加・疾病変更		
公費負担者番号(※行政記入欄)	受給者番号(新規・転入は記入不要)	承認期間(※行政記入欄)	
5 2 2 8 8 0 1 6 7 0 1 8		・ ・ ・ ・ 10 ・ 31	
告示番号と病名	(告示番号)	(病名)	他疾病における受給の有無 有・無
小児慢性特定疾病の名称の変更・追加(上記該当する内容に○)	変更前		変更後
	既認定疾病名(告示番号・病名)		変更・追加する疾病名(告示番号・病名)
受診者	フリガナ	生年月日 平成 年 月 日	
	氏名		
	住所	(TEL① - -) (TEL② - -)	
加入医療保険	フリガナ	受診者との続柄	
	被保険者氏名	□ 受診者に同じ(国保・国保組合・その他に加入の方)	
	保険者名(例:〇〇組合、〇〇市)	被保険者証の記号番号	
保険種別	被用者保険(健保協会・健保組合・共済組合)・国民健康保険・国保組合・その他()・生活保護		
申請者※	フリガナ	受診者との続柄	
	氏名		
住所	(TEL - -)		
↑※ 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。			
特例等	A 重症患者認定	重症患者認定基準に該当する者	今回申請する・しない どちらかを○で囲んで下さい
	B 人工呼吸器装着等	持続的に常時、生命維持装置を装着しており、日常生活が著しく制限されている者	今回申請する・しない どちらかを○で囲んで下さい
	C 高額かつ長期	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限り)が5万円を超える月が年間6回以上ある者(※小児慢性特定疾病医療支援認定を受けていた期間の医療費のみが対象)	今回申請する・しない どちらかを○で囲んで下さい
	D 按分	※受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の有無	有・無 どちらかを○で囲んで下さい
有の場合	難病・小児	フリガナ氏名	病名
		※告示番号	受給者番号
年収80万円以下の申立(令和 年度課税(前年所得)分) ↓該当する場合は○		上位所得の申立(令和 年度課税(前年所得)分) ↓該当する場合は○	
(生活保護受給者全員、該当するものに○) 生活保護に関する申立		生活保護受給中で、医療保険の加入がある・ない	
支給認定基準世帯員は全員非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収は、80万円以下です。※この欄に○がない場合、条件に該当していても上限額1,250円になりません。		階層区分が「上位所得」となることを了承します。※課税状況を確認せず上限額が15,000円または10,000円になります。	
※送付先が受診者の住所と異なる場合のみ、記載してください(今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます)	(受診者住所以外) 〒 送付先住所	あて名	様(続柄:)

【注意事項】

・疾病変更・疾病追加の方は、加入医療保険・特例等・支給認定基準世帯員については、記載不要です。

※裏面にも記載項目がありますので、もれが無いようご記入ください。

