

受付印

様式6号 (R6.4改正)
(表面)

小児慢性特定疾病支給認定申請書 (変更)						
公費負担者番号		5228 8016 7018		受給者番号		
受診者	フリガナ				生年月日	
	氏名				平成・令和 年 月 日	
	住所	〒			電話 () -	
申請者※	フリガナ			受診者との関係		
	氏名					
	住所	〒		電話 () -		
↑※ 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。						
自己負担上限月額に関する事項		(変更内容)				
※保険変更に伴う階層区分の変更は、様式7号で届出してください。 ※変更内容が認定された後も自己負担上限月額に変更がない場合は、新しい受給者証は交付しません。		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額治療継続者(高額かつ長期) <input type="checkbox"/> 保険変更を伴わない階層区分(自己負担上限額)の変更 ※裏面を記載のうえ、課税証明書類の提出(マイナンバー不可) (階層区分 →) <input type="checkbox"/> その他()				
市町民税非課税で、申請者(保護者)の年収80万円以下の場合		市町民税非課税世帯で、申請者(保護者)の収入(障害年金や特別児童扶養手当等を含む)が、年間80万円以下であることを申告します。 申請者(保護者)氏名				
按分	受給者と同じ医療保険(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				<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更	
	難病・小児	フリガナ氏名	病名	(告示番号)	受給者番号	
受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。 (今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます)		〒 あて名 様(続柄:)				
児童福祉法第19条の5第1項の規定により、上記の通り申請します。 本申請の認定に必要な場合は、兵庫県において、人工呼吸器等装着証明書に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、指定難病情報を確認されることに同意します。						
兵庫県知事様		令和 年 月 日				
申請者氏名						

【自己負担上限月額(階層区分)の変更申請】

以下の1~2の項目を記載してください。

※自己負担上限月額を決定するために必要な書類を添付の上、申請してください。(マイナンバーによる情報連携不可)
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。
 ※医療保険の変更、生活保護の受給等に伴う階層区分の変更の場合、様式第7号(変更届)により提出してください。

1 医療保険について

以下に記載のうえ、保険証の写しを添付してください。

保険種別	被用者保険(社会保険)・国民健康保険・国民健康保険組合	
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)		
被保険者氏名 (受診者との続柄)	(氏名)	(続柄)

2 支給認定基準世帯員について

支給認定基準世帯員(受診者(患者)と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方)について、漏れなく記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れた方がある場合は、当該世帯員について記載のうえ、斜線を引いてください。

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日	現住所 (受診者住所と異なる場合のみ 郵便番号、県・市区町村名まで記載) ※受給者住所と同じ場合はチェックのみ
	氏名					
記載例	① 受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人 女	平成 〇年 〇月 〇日	/
	② 氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎		父 男	昭和 〇年 〇月 〇日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	
支給認定基準世帯員	① 受診者		/	本人	平成・令和 年 月 日	/
	② 保護者		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
④ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
⑤ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	

※社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)にご加入の場合は、受診者と被保険者の方について、記載してください。
 ※国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)を記載してください。