

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

【 新規・更新・転入 】 (注1)

受診者	フリガナ		性別	生年月日		年齢
	氏名			年 月 日		歳
	個人番号 (マイナンバー12桁)			電話番号 () - () - () ※日中の連絡先をご記入ください。		
	住所	〒573- 枚方市				
加入医療保険	被保険者氏名 (国保は世帯主氏名)	記号)		番号)		受診者との続柄
	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 <input type="checkbox"/> いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 被用者保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 枚方市国保 (世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合 (組合員・家族) <input type="checkbox"/> 保険なし (生活保護受給)						

疾病名 (複数ある場合は全て)						
受給者番号(注2)		転入日 (注3)	年 月 日	前住所地 (注3)	都・道 府・県	市・区 町・村
自己負担上限額に 関する特例の申請	【世帯内あん分特例】	【 無 ・ 有 】				
	同一保険加入者が指定難病・小児慢性特定疾病の受給者の場合(注4)	⇒「有」の場合(氏名) (受給者番号) 【 難病・小慢 (氏名) (受給者番号) 【 難病・小慢				
	人工呼吸器等装着 (注5)	【 無 ・ 有 】	重症患者認定 (注6)	【 無 ・ 有 】	高額治療継続 (注7)	【 無 ・ 有 】

小児慢性特定疾病に 関して医療等を受ける 医療機関、薬局又は訪問 看護事業者を記入して ください。 (4か所目からは、裏面 に記入してください。)	【更新のみ】受給者証記載の指定医療機関に <input type="checkbox"/> 下記を追加又は削除します。 <input type="checkbox"/> 変更なし(以下の記載は不要です。)						
		医療機関名			所在地・電話番号		指定 確認
	<input type="checkbox"/> 追加		〒				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 削除		電話 () - () - ()				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 追加		〒				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 削除		電話 () - () - ()				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加		〒				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 削除		電話 () - () - ()				<input type="checkbox"/>	

私は、支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民記録情報及び市税情報等を閲覧・利用すること並びに受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意したうえで、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

(宛先) 枚方市長

年 月 日

(フリガナ)
申請者氏名
(注8)

住所 受診者と同じ
 受診者と異なる
〒

受診者との続柄 : 受診者の ()

電話番号 受診者と同じ
 受診者と異なる
() - () - ()

個人番号

個人番号入力欄

送付先 〒

※上記住所と異なる場合ご記入ください。

- (注1) 申請区分に○を付けてください。
- (注2) 更新のみ記入してください。
- (注3) 転入のみ記入してください。転入前の地方公共団体で交付された小児慢性特定疾病医療受給者証の写しの添付が必要です。
- (注4) 対象者の受給者証の写しの添付が必要です。申請中の場合は申請中と記載してください。
- (注5) 医療意見書別紙人工呼吸器等装着者申請時添付書類の添付が必要です。
- (注6) 医療意見書別紙重症患者認定意見書等の添付が必要です。
- (注7) 医療費総額が5万円を超える月が年6回以上ある場合、自己負担上限額管理票又は医療費総額証明書等の添付が必要です。
- (注8) 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童等の医療保険の被保険者(本人)である保護者となります。ただし、児童等が被保険者(本人)である場合は、児童等の保護者が申請してください。

受 付 印

(裏面)

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）

※住民票上の世帯全員分について記入してください。

（個人番号は被用者保険の場合、受診者と同じ医療保険に加入する被保険者本人のみ、市町村・業種別国民健康保険は加入者全員分を記入。）

（生活保護世帯で健康保険未加入の場合は受診者・申請者以外の方の個人番号の記入は不要です。）

受診者と同じ住民票の世帯全員	受給者と同じの医療保険に加入の方は○を記入	世帯員氏名	受診者との続柄	加入医療保険 (受診者と異なる場合のみ)	市町村民税額の所得割額 ※市記載欄	年収額 (非課税世帯) ※市記載欄	
	○	個人番号 (マイナンバー12桁)					
受診者と同じ住民票の世帯全員	○	(受診者氏名)	児童本人	/			
		(申請者(保護者))					
							<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 市国保(世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合(組合員・家族)
							<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 市国保(世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合(組合員・家族)
							<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 市国保(世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合(組合員・家族)
							<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 市国保(世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合(組合員・家族)
同居住民票世帯外に加入するもの	○			<input type="checkbox"/> 被用者保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 市国保(世帯主・その他) <input type="checkbox"/> 国保組合(組合員・家族)			
	〒						

特例※市記載欄	重症認定・人工呼吸器・高額かつ長期・世帯内あん分	合計額	
---------	--------------------------	-----	--

区分※市記載欄	血友病・Ⅰ(生活保護等)・Ⅱ(低所得Ⅰ)・Ⅲ(低所得Ⅱ)・Ⅳ(一般所得Ⅰ)・Ⅴ(一般所得Ⅱ)・Ⅵ(上位所得)
---------	--

自己負担Ⅵ階層(上位所得)了承欄	世帯の課税額等を確認できる書類を提出しないため、自己負担額の階層区分が上位所得Ⅵになることを了承します。 申請者(保護者)氏名 _____
------------------	--

収入に係る申立	市町村民税非課税世帯で該当する方のみ <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	
	<input type="checkbox"/>	年金等、手当※による収入はありません。
	<input type="checkbox"/>	年金等、手当※による収入が以下のとおりあります。(年金等、手当※の受給金額が分かる書類の提出が必要です。) 年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/>	年金証書等年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が低所得Ⅱになることを了承します。

※年金等とは…障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、障害手当金、障害一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障害給付金、障害補償、障害補償給付、障害給付等
手当とは…特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過福祉手当

表面に書ききれない場合の医療機関等記入欄

小児慢性特定疾病に関して医療等を受ける医療機関、薬局又は訪問看護事業者を記入してください。	医療機関名		所在地・電話番号	指定確認
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 _____ 電話 ()—()—()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 _____ 電話 ()—()—()	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 _____ 電話 ()—()—()	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 _____ 電話 ()—()—()	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 _____ 電話 ()—()—()	<input type="checkbox"/>	