

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

受診者	フリガナ			生年月日	年 月 日		年齢		
	氏名			年 月 日			歳		
住所	〒573-			電話番号 () - () - ()					
	枚方市			※日中の連絡先をご記入ください。					
保護者(注1)	フリガナ			受診者との続柄					
	氏名								
住所(注1)	〒			電話番号 () - () - ()					
	(受診者と異なる場合に記入)								
受給者番号									
申請が必要な項目番号に○をし、必要事項及び☑を記入してください。	1	小児慢性特定疾病の追加変更(注2) <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更	(病名)						
	2	自己負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(注3) <input type="checkbox"/> 重症患者認定(注4) <input type="checkbox"/> 高額治療継続(注5)						
			世帯あん分特例(注6)	区分 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名 () 受給者番号 () 【難病・小慢】				
	3	階層区分	《変更理由》 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者の変更 <input type="checkbox"/> 同一保険世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護の開始 <input type="checkbox"/> 生活保護の廃止 <input type="checkbox"/> 所得の変更						
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)									
(1) 受診者氏名				受診者との続柄	本人				
(2) 世帯員氏名				受診者との続柄					
(3) 世帯員氏名				受診者との続柄					
(4) 世帯員氏名				受診者との続柄					
(5) 世帯員氏名				受診者との続柄					
(6) 世帯員氏名				受診者との続柄					
【収入に係る申立て欄】※市民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。									
<input type="checkbox"/>			年金等、手当(注7)による収入はありません。						
<input type="checkbox"/>	年金等、手当(注7)による収入が次のとおりあります。(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。								
自己負担額Ⅵ階層了承欄	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(注1)氏名								
階層区分(市記載欄)	Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ Ⅵ								
4	指定医療機関	※裏面の指定医療機関欄に記載してください。							
変更年月日		年 月 日							
<p>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。</p> <p>(宛先) 枚方市長 年 月 日</p> <p>(フリガナ) 申請者氏名 _____</p> <p>(注1) _____</p>									

(裏面)

4. 指定医療機関

区 分	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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		〒 電話 () () ()	<input type="checkbox"/>

- (注1) 保護者及び申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童の医療保険の被保険者(本人)である保護者としてします。
なお、受診者が成年患者の場合は、本人が申請してください。
- (注2) 指定医が作成する医療意見書の添付が必要です。
- (注3) 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4) 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5) 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の添付が必要です。
- (注6) 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7) 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、経過的福祉手当