

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)

						受給者番号					
受診者	フリガナ					年齢	生年月日	年 月 日			
	氏名							状況	1 在宅(就労中・就学中・その他) 2 入所中 3 入院中		
	フリガナ					電話番号					
	住所	〒 豊田市									
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄				
		保険種別	1 協会 2 健保 3 国組 4 船員 5 共済 6 国保 7 生保 8 その他( )				被保険者証の 記号・番号				
		被保険者証 発行機関名									
疾病名											
身体障害者手帳の有無	1 無 2 有(障害等級 級)										
申請者	フリガナ					受診者との 関係					
	氏名										
	フリガナ 住所 (受診者と異なる場合)					電話番号 (受診者と異なる場合)					
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む。) ※記載欄が足りない場合は裏面に記入	医療機関名					所在地・電話番号					
診療予定年月日	年 月 日 から					年 月 日 まで					
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例			<input type="checkbox"/>	重症患者認定					
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着					
受診者と同じ世帯内の指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者						1 無 ・ 2 有		(氏名 )			
								(氏名 )			
豊田市保健所長 様											
<p>上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。また、費用の徴収額を算定するため、世帯員の市民税等に係る公簿の閲覧に関し、所定の申請権限を豊田市保健所長へ委任します。</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>_____ 年 月 日 _____</p>											

備考 必要に応じ、上記の受療医療機関に対し、意見書の記載事項を確認し、又は受給者証等の記載事項を連絡することがありますので、あらかじめ御了承ください。なお、意見書の使用に当たっては個人情報の保護に十分配慮し、小児慢性特定疾病医療費支給認定の目的以外には一切使用することはありません。

