

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更)

記入見本

		受給者番号				
受診者	フリガナ	トヨタ ハナコ		年	12	
	氏名	豊田 花子		生年月日	平成 22年 9月 9日	
	フリガナ			状況	① 在宅(就労中・就学中・その他) 2 入所中 3 入院中	
	住所	〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地		電話番号	0565-34-6855	
	加入医療保険	被保険者氏名	豊田 太郎		受診者との続柄	父
		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	000-0000
		被保険者証発行機関名	000健康保険組合		国民健康保険、国民健康保険組合に加入している場合、被保険者は受診者本人です。	
疾病名	0000000000					
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	トヨタ タロウ		受診者との関係	父	
	氏名	豊田 太郎		申請者は受診者の保護者(原則、受診者が加入する医療保険の被保険者) <例外> ※国民健康保険及び国民健康保険組合の場合 ⇒同じ医療保険の保護者(収入の高い方) ※単身赴任等で被保険者が不在の場合 ⇒ 現に監護している保護者 ※受診者本人が被保険者の場合 ⇒ 収入の高い保護者(別保険で構いません)		
	住所(受診者と異なる場合)	同				
	医療機関名	000大学病院 000薬局 00訪問看護ステーション 豊田市00町00-00 0000-00-0000 豊田市00-00 0000-00-0000 希望する「病院」「薬局」「訪問看護事業者」等を記入ください。 ※記載がない医療機関では、受給者証を使用することができません。				
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						
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	上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請する公簿の閲覧に関し、所定の申請権限を豊田市保健所長 ※受診者と同一医療保険上の世帯で他に受給者がいる場合 ※受診者が別の疾患で指定難病の医療費助成を受けている場合					
申請者氏名	豊田 太郎					
同一	令和〇年 〇月 〇日					

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。

(裏)  
世帯調書

記入上の注意  
同じ医療保険に加入している世帯員（本人含む。）について記載してください。

氏名	受診者との続柄	生年月日	被保険者本人・被扶養者の別 (国保は記入不要)	税額
豊田 花子	本人	平成22年 9月 9日	被保険者 被扶養者	自治体記入欄
1 2 3 4 5 6   1 2 3 4 5 6				
豊田 太郎	父	昭和50年 3月 3日	被保険者 被扶養者	
2 3 4 5 6 7   2 3 4 5 6 7				
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
合計				

マイナンバーを記入してください。  
 <社会保険に加入の方>  
 ○受診者本人分と被保険者分  
 <国民健康保険及び国民健康保険組合に加入の方>  
 ○同じ国保又は国保組合に加入している方全員分

表面で医療機関の記載欄が足りなかった場合は、以下に御記入ください。

医療機関名	所在地・電話番号
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)	

保健所記入欄	
所得確認書類	市県民税証明書 市県民税課税台帳 その他収入を証明する書類( )
該当する所得区分	生活保護(01)・低所得I(02)・自治体記入欄 I(04)・一般所得II(05)・上位所得(06)・血友病(07)
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
備考	自己負担額 円