

記入見本

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	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
	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			
	身体障がい者手帳の有無	① 無 ② 有(障がい等級 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			
	フリガナ				
	住 所 (受診者と異なる場合)				
	医療機関名	000大学病院			
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	000薬局	豊田市00町00-00		0000-00-0000	
	00訪問看護ステーション	豊田市00町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。				
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	世 帯 内 按 分		※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	
	☐	高 額 か つ			
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	☐ 無 ② 有		(氏名) (氏名)		
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日		【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他		
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。					
同一	申請者氏名 豊田 太郎				
	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。

支給認定基準世帯員	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
	個人番号					
	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
	123456123456					
	豊田 太郎		父	昭和50年 3月 3日	被保険者・被扶養者	
	234567234567					
				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	
				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>

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。

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)	医療機関名	所在地・電話番号

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☑)	☐	世帯内按分特例	☐	重症患者認定
	☐	高額かつ長期	☐	人工呼吸器等装着
備考				自己負担額 円