

様式第4号（第3条の2関係）

（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）

		申請時点での年齢を記入		受給者 番号			
受 診 者	フリガナ	トヨタ ハナコ		年	1 2	生年月日	平成25年9月9日
	氏 名	豊田 花子		齢	歳		
	フリガナ					000-0000-0000	(母)
	住 所	〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地				日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	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 労災 6 国保 7 生保 8 その他 ()			000-0000		
	保 険 者 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	000000000000					
申 請 者	フリガナ	トヨタ タロウ					
	氏 名	豊田 太郎					
	フリガナ						
	住 所 (受診者と異なる場合)						
	自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	世帯内按分特				
		☐	高額かつ長期				
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)			
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		※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			
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、支給認定基準世帯員の市民税、医療保険の加入状況等に係る公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）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。							
申請者氏名 _____							
_____ 年 _____ 月 _____ 日							

備考 必要に応じ、医療意見書を記載した受療医療機関に対し、医療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。

(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（本人を含む。）について記入してください。

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25年9月9日	被保険者 被扶養者	記入不要
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3					
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	8	9	1	2	3	4					
															・被扶養者	
															被保険者・被扶養者	
															被保険者・被扶養者	

マイナンバーを記入してください。

【支給認定基準世帯員欄に記入が必要な方】

受診者本人が加入する医療保険が、
国民健康保険・国民健康保険組合（国保組合）の場合：
 受診者と同じ住民票上の世帯で、国民健康保険（国保組合）に加入している、記号・番号が同じ方全員（一部例外があります）
被用者保険（健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等）の場合：
 本人と被保険者（※本人が被保険者で未成年の場合、本人と保護者）

支給認定基準世帯員

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）・低所得Ⅱ（03）・一般所得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 （該当するものにレ印）	☐	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