

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※ 保 健 所 記 入 欄	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入( )より <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更・追加(月額・疾病)	自己負担区分	基準額 ( ) 円	
	血友病	該当しない / 該当する(自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位	
	成長ホルモン治療	なし・あり( )まで	按分特例	( ) 円	
	公費負担番号		受給者番号		承認期間
	疾病番号				
	. . . ~ . . .				

受診者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (年齢 歳)	
	氏名				
	住所	〒 (TEL )			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄	
		被保険者証 発行機関名		被保険者証の 記号・番号	
保険種別		協管・健組・日雇特例・船員・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢・生保			
保護者	フリガナ		受診者との続柄		
	氏名				
	住所	〒 (TEL ) <input type="checkbox"/> 受診者に同じ			
	個人番号				
支給を開始することが 適当と考えられる 年月日 (※1、2)	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ 年 月 日 ]				
受診を希望する 指定医療機関	名称 :	TEL :			
	〒	所在地:			
尼崎市健康手帳	<input type="checkbox"/> 交付を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
医療受給者証の 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 市窓口 (北部保健福祉センター・南部保健福祉センター・保健所) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 宛名: _____ 〒 _____				

※1 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。  
 ※2 更新の場合は、原則記入不要。  
 ※3 裏面がありますので、忘れずご記載ください。

<b>支給認定基準世帯員</b> ※受診者と同じ医療保険に加入する被保険者	フリガナ <b>①氏名</b> (個人番号)	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有( )・無 (2)収入額(※1)	円
	フリガナ <b>②氏名</b> (個人番号)	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有( )・無 (2)収入額(※1)	円
	フリガナ <b>③氏名</b> (個人番号)	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有( )・無 (2)収入額(※1)	円
	フリガナ <b>④氏名</b> (個人番号)	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有( )・無 (2)収入額(※1)	円
	フリガナ <b>⑤氏名</b> (個人番号)	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有( )・無 (2)収入額(※1)	円
<b>証明書を提出しない者</b>	自己負担区分「上位所得」となることを了承し、課税年額等の証明書を提出しません。 氏名(保護者自署)			
上記のうち、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	<input type="checkbox"/> いる-(氏名) / <input type="checkbox"/> いない 公費負担者番号 _____ 受給者番号 _____ ※該当する場合は、他の認定者の受給者証の写しの添付をお願いします。			
<b>重症患者基準に適合する者</b>	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」の添付をお願いします。			
<b>高額な医療が長期的に継続する者(新規を除く)</b>	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」「医療費申告書」「領収書等」の添付をお願いします。			
<b>人工呼吸器等の装着</b>	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」の添付をお願いします。			

※1・・・(2)については、世帯員全員が非課税の場合のみ、昨年1年間の収入額等をご記入ください。  
 収入には、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当なども該当します。  
 市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、必ず市町村民税の申告をお願いいたします。

※該当年度の1月1日に市外にお住まいの方は、前住所地をご記入ください。( )  
 ※「国民健康保険組合」の方や、「健康保険組合」「共済組合」「全国健康保険協会」で、被保険者の市民税が非課税の方は、市民税課税額証明書の提出が必要です。

尼崎市長 あて  私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。  年 月 日 申請者氏名
厚生労働大臣 様  私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることに同意します。 ※同意においては、【医療意見書の研究利用に関するご説明】をご確認ください。  年 月 日 申請者氏名