

〒660-0052

尼崎市七松町1-3-1-502

尼崎 太郎 様

# 【記入例】



## 尼崎市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	更新		原則 / 既認定者 ( ) 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		一般・重症・高額長期・人工呼吸器等装着者
	公費負担番号	受給者番号		按分特例 ( ) 円
	5 2 2 8 8 0 5 7 1 1 1 1 1 1 1			承認期間
疾病番号	12-34			

記入不要

受給者	フリガナ	アマガサキ ジロウ		生年月日	令和8年1月1日
	氏名	尼崎 次郎		(年齢)	( 0 歳)
	住所	〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502			
加入医療保険	被保険者氏名	尼崎 次郎	受給者との続柄	本人	
	保険者名	尼崎市	記号・番号	1234567(03)	
	保険種別	国保(一般)			
申請者	フリガナ	アマガサキ タロウ		受給者との続柄	父
	氏名	尼崎 太郎		(TEL 000 - 1234 - 5678 )	
	住所	〒 - (TEL 000 - 1234 - 5678 ) <input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ			

氏名・住所・電話番号・加入医療保険などに修正があれば、赤字で記入してください。18歳以上の受給者の方は本人の氏名等を記入ください。

※訂正印は不要です。

記載内容等について確認させていただく場合がありますので、日中連絡がとれる番号の記載をお願いします。

申請者と受給者の住所が同じであれば、こちらにを入れてください。

受診を希望する(指定)医療機関	全国の指定小児慢性特定疾病医療機関	
医療受給者証の受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 保健所窓口(南部HC・北部HC・保健所) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 〒 宛名:	

修正や追加記入は不要です。指定を受けている医療機関であれば、どの医療機関においても受給者証を使用することができます。

郵送先が申請者住所と同じ場合は、を入れてください。送り先を申請者住所以外で希望される場合は、送り先住所・宛名を明記してください。

※裏面がありますので、忘れずご記載ください。

支給認定基準世帯員 ※受診者と同じ医療保険に加入する被保険者	フリガナ ①氏名	アマガサキ ジロウ 尼崎 次郎	続柄 本人	【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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)(兵庫県神戸市)
	(個人番号)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ ②氏名	アマガサキ タロウ 尼崎 太郎	続柄 父	【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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)(兵庫県神戸市)
	(個人番号)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ ③氏名		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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)( )
	(個人番号)			
フリガナ ④氏名		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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)( )	
(個人番号)				
フリガナ ⑤氏名		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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)( )	
(個人番号)				
フリガナ ⑥氏名		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 【該年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所(市区町村)( )	
(個人番号)				
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(受診者本人が別の疾病で指定難病を受給している場合も含む)	<input type="checkbox"/> いる-(氏名) / <input checked="" type="checkbox"/> いない 公費負担者番号 _____ 受給者番号 _____ 按分対象者が受診者と同一の場合 疾病名 _____ ※該当する場合は、受給者証の写しの添付をお願いします。			
重症患者基準に適合する者	<input type="checkbox"/> あり / <input checked="" type="checkbox"/> なし ※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。			
高額な医療が長期的に継続する者(新規を除く)	<input type="checkbox"/> あり / <input checked="" type="checkbox"/> なし ※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。			
人工呼吸器等の装着	<input type="checkbox"/> あり / <input checked="" type="checkbox"/> なし ※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。			

同じ医療保険に加入している方の氏名を記入してください。国保・国保組合は全員分、社会保険は受診者と被保険者分

扶養有の( )には扶養されている方の番号(この場合は②父)を記入してください。

収入額(※1)の欄は世帯員全員が非課税の場合に記入してください。

今年1月1日時点で市外居住者は、都道府県名及び市町村名を記入してください。

同じ医療保険に受給者証をお持ちの方がいない場合は記入不要です。

該当なければ「無し」にチェック

該当する方は、所定の証明書を医師に記入してもらってください。

※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。

尼崎市長 あて  私は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定について、この申請書に記載のとおり申請します。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 尼崎 太郎  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 患者署名  ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。 代理人署名 尼崎 太郎	申請日及び申請者名を記入してください。申請者は原則、以下の通りとなります。 ・受診者が未成年の場合 → 被保険者 ・成人の場合 → 受診者本人  別紙【医療意見書の研究利用に関するご説明】をご確認のうえ、同意いただける場合は記入してください。  受診者(患者)の方が署名可能な場合は署名を、署名不可能な場合は、「患者署名」欄は空欄のまま、代理人の方が「代理人署名」欄に署名してください。
--	---