様式第1号

記入例（新規申請）

受付印

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	☑ 新規 ☐ 転入（　　）より ☐ 更新 ☐ 疾病変更・疾病追加 ☐ 登録者証	自己負担区分	円 生保・ 低1 ・ 低2 ・ 一般Ⅰ ・ 一般Ⅱ ・上位 一般 ・ 重症 ・高額長期 ・人工呼吸器等装着者	
血友病	該当なし ／ 該当あり（自己負担なし）			
境界層証明書	なし ／ あり	按分特例	円	
公費負担番号	5 2 2 8 8 7 0 0 5 5 7 9	受給者番号		承認期間 ・ ・ ～ ・ ・
疾病番号（告示番号）				

受診者	フリガナ	アマガサキ　ジロウ	生年月日（年齢）	令和７ 年 １ 月 １ 日（年齢 0 歳）	
	氏名	尼崎　次郎			
	住所	〒 660-0052 尼崎市七松町１－３－１－５０２	TEL：06-4869-3053 メールアドレス：		
	個人番号	○○○○　○○○○　○○○○			
	加入医療保険	被保険者氏名：尼崎　太郎	受診者との続柄：父		
		保険者名：全国健康保険協会　兵庫支部	保険者番号：01280015		
		記号：12345	番号：67890	枝番：02	
		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	アマガサキ　タロウ	受診者との続柄	父	
	氏名	尼崎　太郎			
	住所	〒 ☑ 受診者に同じ	TEL：090-0000-0000 メールアドレス：		
	個人番号	○○○○　○○○○　○○○○			
対象疾病の変更・追加		既認定疾病名	対象疾病名 ☐変更 ☐追加 （どちらかに☑）		
支給を開始することが適当と考えられる年月日（※1、2）		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 ☐症状の悪化により、申請書類 ☐大規模災害に被災したことに ☐その他 〔		
小慢児童手帳		☑ 交付を希望する ☐ 希望しない			
登録者証申請（※3）		☑ 申請する ☐ 申請しない	※他自治体で発効済の場合 発効自治体名：		
医療受給者証の受け取り方法		☑ 申請者住所に送付（普通郵便） ☐ 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 ） ☐ その他（送り先を指定） 宛名： 〒			

申請に関して連絡することがあるため、
連絡を取りやすい番号をご記載ください。

事情により最大３か月の遡及が可能ですが、
意見書に記載の診断年月日より前には遡及できません。

送付先を「その他」希望の場合は、
宛名及び送付先住所を記載してください。

※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
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　「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者
名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

扶養有の（ ）には扶養者（この場合は父）の番号を記入

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 アマガサキ　ジロウ ①氏名 尼崎　次郎 （個人番号） ○○○○　○○○○　○○○○	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（①）（　②　）・無　(2)収入額(※1)　円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(　　)
	フリガナ アマガサキ　タロウ ②氏名 尼崎　太郎 （個人番号） ○○○○　○○○○　○○○○	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 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(兵庫県神戸市)
	フリガナ ③氏名 （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 【該当年度の1月1日に 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(　　)
	フリガナ ④氏名 （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 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(　　)
	フリガナ ⑤氏名 （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 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(　　)
	フリガナ ⑥氏名 （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 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)(　　)

1月1日時点で市外居住者は市町村名を記入

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）	□ いる-(氏名　　) ／ □ 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	□ あり　／　□ 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）	□ あり　／　□ 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	□ あり　／　□ 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。**

「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」は医師が記入する書類です

※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
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

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。

令和○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。

令和○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