

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

※変更申請の場合は、受給者番号、有効期間、受診者欄、申請日、申請者署名欄及び変更があった事項を記入すること。

受給者番号 ※更新・変更申請のみ記載										有効期間 ※更新・変更申請のみ記載	年	月	日	～	年	月	日
疾病名 ※添付する医療意見書の疾病名を記入																	
受診者	ふりがな											個人番号（マイナンバー）	年齢	生年月日			
	氏名												歳	年 月 日			
	住所	〒 -											電話番号				

受診療者 保加 険入	ふりがな											個人番号（マイナンバー）	受診者との続柄				電話番号	
	被保険者氏名																	
	保険種別	協会けんぽ ・ 健保組合 ・ 共済 国保（市町村 ・ 国保組合） ・ 生活保護										記号						
機関名											番号							

支給認定基準世帯員に係る事項	氏名	個人番号（マイナンバー）				生年月日		R5年1月1日の住民票市区町村		受診者との続柄
								都道府県	市区町村	
	受診者	上記のとおり				上記のとおり				本人
						年 月 日				
						年 月 日				
						年 月 日				

自己負担上限額の特例 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定					<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期					<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 ※同一医療保険世帯に受給者がいる場合	(該当者氏名) (受給者番号)				<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性

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箇月以上前の年月日となっている理由】 (以下、該当するものにチェック) <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（ ）
-----------------------------------	-------	---

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、申請に当たり、大分市がこの申請の審査に必要な範囲内において、私を含む支給認定基準世帯員に対する生活保護関係情報、住民票関係情報及び地方税関係情報を取得し利用することについて、支給認定基準世帯員を代表して同意します。

大分市長

殿

年 月 日

申請者氏名

受診者との続柄

申請者住所

*裏面にも記載欄があります。

***表面にも記載欄があります。**

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。)	該当に○	医 療 機 関 名	所 在 地	備 考 (追加・取消等)	
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				
	病・診 薬局 訪 看				

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意

厚生労働大臣 殿

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が別添「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究利用に関するご説明」とおり、小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

年 月 日

住所

患者氏名

代理人氏名

※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、代理人氏名も記載してください。

保健所記入欄

階層認定市民税額 所得割 円	階層 区分	①血友病 ①生活保護 ②低所得Ⅰ ③低所得Ⅱ ④一般所得Ⅰ ⑤一般所得Ⅱ ⑥上位所得 (~80万円) 市民税課税~ 7.1万円以上 25.1万円以上						電話受記入欄
均等割のみ課税 → ④ 非課税(所得 円 他収入 円)	一般 重症 人工呼吸器等装着	自己負担 限度額	自己 負担 上限 月額				年 月 日 担当	

【申請書の支給認定基準世帯の記入について】

「支給認定基準世帯」については、受診者が加入している健康保険によって異なりますので、以下を参考に記入してください。

受診者が加入している医療保険	記入が必要な方
被用者保険 (協会けんぽ・健康保険組合・共済)	(受診者が被保険者の扶養である場合) 同一医療保険加入者全員 (受診者が被保険者本人である場合) 父母
国民健康保険・国民健康保険組合	同一医療保険加入者全員
その他	大分市保健所 保健予防課まで ご相談ください (097-535-7710)