

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)

		受給者番号								
受診者	フリガナ			年 齢	生年月日	年 月 日				
	氏 名					状 況	1 在宅(就労中・就学中・その他) 2 入所中 3 入院中			
	フリガナ			電 話 番 号						
	住 所	〒								
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名				受診者との続柄				
		保 険 種 別	1協会 2健保 3国組 4船員 5共済 6国保 7生保 8その他()			被保険者証の 記号・番号				
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
疾 病 名										
身体障害者手帳の 有無	1 無 2 有(障害等級 級)									
申請者	フリガナ			受診者との 関係						
	氏 名									
	フリガナ 住 所 (受診者と異なる場合)			電 話 番 号 (受診者と異なる場合)						
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) ※記載欄が足りない場合は裏 面に記入	医 療 機 関 名			所 在 地 ・ 電 話 番 号						
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	世 帯 内 按 分 特 例			<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定				
	<input type="checkbox"/>	高 額 か つ 長 期			<input type="checkbox"/>	人 工 呼 吸 器 等 装 着				
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)				
						(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 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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []						
<p>豊田市保健所長 様</p> <p>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、世帯員の市民税等に 係る公簿の閲覧に関し、所定の申請権限を豊田市保健所長へ委任します。</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>										

備考 必要に応じ、上記の受療医療機関に対し、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。なお、意見書の使用に当たっては個人情報の保護に十分配慮し、小児慢性特定疾病医療費支給認定の目的以外には一切使用することはありません。

