

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	トヨタ ハナコ		年	12	
	氏 名	豊田 花子		生年月日	平成 22年 9月 9日	
	フリガナ			状況	1 在宅(就労中・就学中・その他) 2 入所中 3 入院中	
	住 所	〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地		電話番号	0565-34-6855	
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	豊田 太郎		受診者との続柄	父
		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	000-0000
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	000健康保険組合			
	疾病名	0000000000				
	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	トヨタ タロウ		受診者との 関係	父
氏 名		豊田 太郎				
フリガナ						
住 所 (受診者と異なる場合)						
医療機関名		000大学病院				
		000薬局		豊田市00町00-00	0000-00-0000	
		00訪問看護ステーション		豊田市00町00-00	0000-00-0000	
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)		☐	世 帯 内 按 分	※受診者と同一医療保険上の世帯で他に受給者がいる場合 ※受診者が別の疾患で指定難病の医療費助成を受けている場合		
		☐	高 額 か つ 長			
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		〇 年 〇 月 〇 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したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他		
豊田市保健所長 様		医療意見書に記載されている「診断年月日」を記入してください。				
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。						
申請者氏名		豊田 太郎				
令和〇 年 〇 月 〇日						

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。

(裏)
世帯調書

記入上の注意

同じ医療保険に加入している世帯員（本人含む。）について記載してください。

氏名	受診者との続柄	生年月日	被保険者本人・ 被扶養者の別 (国保は記入不要)	税額
豊田 花子	本人	平成22年 9月 9日	被保険者・被扶養者	自治体記入欄
1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6				
豊田 太郎	父	昭和50年 3月 3日	被保険者・被扶養者	
2 3 4 5 6 7 2 3 4 5 6 7				
		月 日	被保険者・被扶養者	
		月 日	被保険者・被扶養者	
		月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
		年 月 日	被保険者・被扶養者	
			合計	

支給認定基準世帯員

マイナンバーを記入してください。
<被用者保険に加入の方>
○受診者本人分と被保険者分
<国民健康保険及び国民健康保険組合に加入の方>
○同じ国保又は国保組合に加入している方全員分

表面で医療機関の記載欄が足りなかった場合は、以下に御記入ください。

医療機関名	所在地・電話番号
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)	

保健所記入欄				
所得確認書類	市県民税証明書 市県民税課税台帳 その他収入を証明する書類 ()			
該当する所得区分	生活保護(01)・低所得Ⅰ(02)・自治体記入欄 所得Ⅰ(04)・一般所得Ⅱ(05)・上位所得(06)・血友病(07)			
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	世帯内按分特例	☐	重症患者認定
	☐	高額かつ長期	☐	人工呼吸器等装着
備考	自己負担額			円