別紙様式第1号

小児慢性特定

記入例

【 新　変　－　 】

申請区分	(新規) 更新　変更			
受診者 フリガナ	ヤマガタ　タロウ		生年月日	(H・(R) 6 年　4 月　1 日
受診者 氏名	山形　太郎			
受診者 個人番号	裏面にご記入ください。		年齢	1　歳
受診者 住所（住民票のとおりにご記入ください）	（〒990－ 8580 ）山形市城南町一丁目1番1号　（日中連絡の取れる電話番号　090 － 123 －4567 ）			
加入医療保険 保険種別	(協会) 健保　共済　国保(一般　退職　組合)　生保　その他(　)		続柄	( ) 父　母　本人　その他(　)
加入医療保険 保険者の名称	全国健康保険協会　山形支部		記号・番号	○○○　□□
加入医療保険 被保険者氏名	山形　一郎	住所		☑受診者と同じ
申請者 氏名	ヤマガタ　イチロウ　山形　一郎		続柄	( ) 父　母　本人　その他(　)
申請者 個人番号	裏面にご記入ください。			
申請者 住所	（〒　　）☑受診者と同じ　（日中連絡の取れる電話番号　　－　　－　　）			

申請者は同居の医療保険の被保険者になります。

受診者と同じ場合は☑を記入してください。

受診者と同じ場合は☑を記入してください。

疾病名				
自己負担上限額の特例	□ 世帯内按分特例	□ 人工呼吸器等装着	☑ 重症患者認定	□ 高額かつ長期
支給認定基準世帯員の氏名等及び、今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者の支給認定の申請の有無			有(氏名　　)・無（病名及び受給者番号：　　）	

該当があれば☑記入してください。

世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の支給認定者がいる場合、ご記入ください。

受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関（医療機関だけでなく、薬局、訪問看護事業所もご記入ください）	医療機関名	所在地(市町村名のみ)
	△△△病院	山形市
	○○調剤薬局	山形市
	◇◇◇看護ステーション	仙台市
	【指定医療機関の追加の場合、ご	

申請する疾病の治療等を受ける病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションはすべてご記入ください。薬局は（店名もあれば）店名もご記入ください。

今回申請する受診者に係る指定難病の支給認定又は支給認定の申請の有無	有・(無)	病名	
		指定難病の受給者番号	
		申請する　・　(申請しない)	
小児慢性特定疾病の支給を開始することが適当と考えられる日	令和7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したため □症状の悪化等により、申請書類の準備や提出 □大規模災害に被災したこと等により、申請書 □その他(	

備考4を確認のうえ、ご記入ください。

登録者証とはマイナポータル上で小児慢性特定疾病医療費助成の受給者であることが確認できるものです。

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項の規定により　請に係る審査のため、私（申請者）、受診者及び世帯員の世帯状況、市民税課税状況及び生活保護の認定　す。

令和○年△月◇日

申請者氏名　山形　一郎

（宛先）山形市長

備考 1 該当する項目の□にレ印を記入すること。
2 「申請区分」、「続柄」及び「保険種別」の欄については、該当するものを○で囲むこと。
3 「今回申請する受診者に係る特定医療費（指定難病）の支給認定又は支給認定の申請の有無」の欄については、該当するものを○で囲み、病名及び受給者番号を記入すること。
4 登録者証を申請する場合、市がマイナンバーを活用した情報連携により、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る。