

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

【 新 変 更 】

申請区分	新規	更新	変更	受給者番号 (新規は記入不要)							
受診者	フリガナ				生年月日	年		月	日		
	氏名					年齢		歳			
	住所	(郵便番号 - )			(日中連絡の取れる電話番号 - )						
受診者の保護者	フリガナ				続柄	父 母					
	氏名					その他 ( )					
住所(受診者と同じ場合は記入不要)	(郵便番号 - )			山形市		支給認定基準世帯員の氏名等及び特定医療費(指定難病)若しくは小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は支給認定の申請の有無			裏面のとおり		
	(電話番号 - )										
受診者加入保険	保険種別	協会 健保 共済 国保(一般 退職 組合) 生保 その他 ( )									
	保険者名称				記号番号枝番						
	被保険者氏名 (申請者と同じ場合記入不要)				続柄		父 母 本人 その他 ( )				
疾病名											
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/> 高額かつ長期						
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例				<input type="checkbox"/> 重症患者認定						
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)					
	【指定医療機関の追加の場合、こちらに追加したい医療機関名をご記入ください】										
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	有・無		病名								
			特定医療費(指定難病)の受給者番号								
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 ( )								
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、上記のとおり申請します。なお、当該申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状況について調査することに同意します。											
年 月 日 申請者(保護者) 住 所 氏 名 ※日中連絡の取れる電話番号 ( - - ) 受診者及び世帯員(受診者本人が被保険者かつ市民税が課税されていない場合又は申請者と同一医療保険に加入している世帯員が、世帯を分けている場合は記入) 住 所 氏 名 (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、「有」を○で囲んだ場合には、支給認定を受けている場合は病名及び受給者番号を、申請中の場合は病名を記入すること。  
 4 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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(ただし遡り期間原則申請日から1か月前)(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのためは、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。  
 5 ※は、更新の場合は原則記入不要。

市記入欄	市町村民税所得割額	□非課税 【特児等の収入】	自己負担限度額						有効期間	自己負担 限度額	高額療養費 適用区分	意見書 確認
			A	B1	B2	C1	C2	D				
	均等割額		<input type="checkbox"/> 按分 <input type="checkbox"/> 重症認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 成長ホルモン						~			
		□生活保護										

# 世帯調書

氏名	個人番号	受診者 との 続柄	生年月日	特定医療費（指定難病）若しくは小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は支給認定の申請の有無
	個人番号は、別紙「個人番号（マイナンバー）提供書」にご記入のうえ、ご提出ください。	本人	(平令) 年 月 日	/
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）
			(大昭平令) 年 月 日	無・有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （病名及び受給者番号：）

- 備考**
- 当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。なお、受診者本人が被保険者で、市民税が課税されておらず保護者（申請者）と世帯を分けている場合は保護者（申請者）も記入する。
  - 「特定医療費（指定難病）若しくは小児慢性特定疾病医療費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○で囲むこと。また、「有」を○で囲んだ場合には、支給認定を受けている場合は病名及び受給者番号を、申請中の場合は病名を記入すること。

### ＜申請者について＞

- 受診者が18歳未満の場合、原則保護者※1の住民登録のあるところでの申請（一部例外あり※2）となり、申請者は、保護者※1になります。
- ※1 保護者とは、①受診者が加入している医療保険の被保険者となっている方、②受診者と同一加入保険である保護者（受診者と同一の加入保険に複数の保護者がいる場合は収入が高い方）、③受診者自身が医療保険の被保険者で、かつ、同一の加入保険に保護者がいない場合は、申請者は所得・収入の多い方の保護者になります。
- ※2 但し、①保護者※1が単身赴任等の理由で市外に住民登録がある場合でも、受診者が受診者を監護する保護者が市内に住民登録がある場合、②保護者※1の住民登録が市内にない場合で、受診者の住民登録が市内にあり、現在山形市で受給している場合は、山形市に申請することも可能です。
- 受診者が18歳以上の場合、原則受診者の住民登録のあるところでの申請となり、申請者は受診者本人になります。なお、本人以外が申請する場合は委任状が必要です。

### ＜添付書類チェックシート（下記1～4の該当するところに○をつけてください）＞

#### 1 患者さんが属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか？

- ア 受けている → 被用者保険（社会保険）に加入している場合は、児童の医療保険証の写しを提出してください。  
イ 受けていない → 2へ

#### 2 患者さんが属する「世帯」は、住民税（市町村民税）が課税されていますか？

- ア 課税されている → 3へ  
イ 課税されていない → 3 と 4 へ

#### 3 患者さんが加入している医療保険は？

##### ア 国民健康保険の方

- ・医療保険証 児童と住民票同一世帯で、かつ同一の医療保険の加入者
- ・課税状況確認書類 不要

※ただし転入等の場合、転入時期によって課税状況確認書類が不要になる場合があるため、詳しくは山形市母子保健課にお問い合わせください。

##### イ 国民健康保険組合（医師国保、建設国保など）の方

- ・医療保険証 別居・同居を問わず、児童と同一の医療保険加入者全員分
- ・課税状況確認書類 別居・同居を問わず、児童と同一の医療保険加入者全員分（中学生以下を除く）

##### ウ 被用者保険（社会保険）の方（協会、健組、共済など）

- ・医療保険証 児童及び被保険者分（ただし、児童の被保険者証に被保険者氏名が記載されている場合は被保険者分は不要）
- ・課税状況確認書類 課税の場合は不要  
非課税の場合は必要

※被保険者が児童等本人で市民税が課税されていない場合は、児童等本人の市町村民税課税証明書が必要です。

※転入等の場合、転入時期によって課税状況確認書類が不要になる場合があるため、詳しくは山形市母子保健課にお問い合わせください。

#### 4 受診者が属する「世帯」が非課税の場合、申請者（保護者※1）は障害年金や特別児童扶養手当などの収入（★）はありますか？

（※児童等が被保険者で非課税の場合は、児童等と申請者（保護者※1）の収入になります）

- ア ない  
イ あり→下記の書類も提出してください。下記の※にもご記入ください。

★障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当を支給されている方  
→★の前年分（1～12月）の受給金額の分かる書類（年金証書、振込通知書、認定通知書、通帳の写しなど）

※	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">市町村民税課税証明書の所得金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	市町村民税課税証明書の所得金額	円	+	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">年金（障害・遺族）の年間金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	年金（障害・遺族）の年間金額	円	+	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額	円	=	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">合計</td> </tr> </table>	合計
市町村民税課税証明書の所得金額	円													
年金（障害・遺族）の年間金額	円													
特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額	円													
合計														
※	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">市町村民税課税証明書の所得金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	市町村民税課税証明書の所得金額	円	+	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">年金（障害・遺族）の年間金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	年金（障害・遺族）の年間金額	円	+	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>	特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額	円	=	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">合計</td> </tr> </table>	合計
市町村民税課税証明書の所得金額	円													
年金（障害・遺族）の年間金額	円													
特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額	円													
合計														