

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

【 新 変 - 】

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	(H ・ R)				
	氏名					年	月	日		
	個人番号								年齢	歳
	住所 (住民票のとおりにご記入ください)	(〒 -)			(日中連絡の取れる電話番号 -)					
	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()					
保険者の名称				記号・番号						
被保険者氏名				住所	□受診者と同じ					
申請者	フリガナ				続柄	父 母 本人 その他()				
	氏名									
	個人番号									
住所	(〒 -) □受診者と同じ			(日中連絡の取れる電話番号 -)						
疾病名										
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 重症患者認定		<input type="checkbox"/> 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:)					
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							
登録者証の申請	申請する ・ 申請しない									
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況等について調査することに同意します。										
年 月 日 申請者氏名 _____										
(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指定医療費(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。

市記入欄	市町村民税所得割額	<input type="checkbox"/> 非課税	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
		【特児等の収入】	A	B1	B2	C1	C2				
	均等割額		<input type="checkbox"/> 按分 <input type="checkbox"/> 重症認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 血友病							
		<input type="checkbox"/> 生活保護									

世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

氏名	受診者との続柄	個人番号										生年月日	
	本人												(平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日
													(昭平令) 年 月 日

備考

1 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。

●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。

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)