

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

新規・更新・転入  
疾病変更・疾病追加

公費負担番号									
受給者番号									

年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

(申請者) 〒 住所

氏名 (対象者との続柄)

電子メールアドレス

(※受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となります。)

下記のとおり申請します。

なお、住民情報及び税務情報による世帯全員の市民税額、収入等の調査を承諾します。

記

受診者	(フリガナ)					年 月 日生(満 歳)	
	氏 名						
	住 所					電話番号	
保護者	(フリガナ)	※受診者が申請時点において18歳以上の場合は記入不要です。				対象者との続柄	
	氏 名					生年月日 年 月 日生	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ				電話番号 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 本人携帯	
疾 病 名							
医療保険	保険種別	1 被用者保険(健保協会・健保組合・共済組合) 2 国民健康保険 3 国保組合 4 その他( ) 5 生活保護					
	発行機関名		保険者番号		記号及び番号		
	発行機関の所在地					被保険者氏名	
医療保険上世帯が市民税非課税世帯で、収入が80万9千円以下の場合		市民税非課税世帯で、支給認定保護者(受診者が18歳以上の場合は支給認定患者本人)の収入が年間80万円9千円以下であり、課税証明書に記載されてある以外の収入はなく、障害年金や特別児童扶養手当等の支給を受けていないことを申告します。 申請者(保護者)氏名					
自己負担上限月額の特例	自己負担上限月額の特例(該当するものに☑)	<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	
	医療保険上の同一世帯内の指定難病・小児慢性特定疾病受給者、申請中の者	無	氏 名			受給者番号	
		有	氏 名			受給者番号	
指定医療機関(医療意見書)		※上記の疾病の治療で利用する「指定医療機関」のうち、医療意見書を記載した医療機関を一カ所記載してください					
		所在地					
		名 称			TEL		
新規申請、疾患追加、疾患変更のみ記入 <input type="checkbox"/> 申請日より遡ることを希望しない							
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				

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)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、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、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。

ここから下は記入しないでください

承認	不承認	疾病告示番号	
( )		重症等	一般・重症・長期・呼吸器等・血友病
有効期間	年 月 日～ 年 月 日	階層区分	所得割額 円
決 裁 日	年 月 日		均等割額 有・無 収入80万円9千円以下・超
交付年月日	年 月 日		自己負担額 円
		保険適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ