

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※1		疾病名			
受診者	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒		電話番号（日中連絡のとれるもの）	
				— —	
	加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄		
	保険種別	協会けんぽ ・ 国保 ・ 組合 ・ 共済		被保険者証の記号・番号	
		生保 ・ その他 []			
	保険者名称				
受診者と同じ医療保険世帯内で、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の有無 有 ・ 無 ※ 有の場合、右欄を記入		(指定難病・小児慢性)	氏名	受給者番号	
		(指定難病・小児慢性)	氏名	受給者番号	
受診を希望する指定医療機関 (病院、薬局、訪問看護事業者等)	医療機関名		所在地		
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 (※2,3)	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 []			
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。					
申請者氏名			受診者との続柄 ※4		
住所 ※4			電話番号 ※4	— —	
		年 月 日			
宮崎県知事 殿					

※1 新規は不要。
 ※2 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(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(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、申請日に関わらず、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。
 ※3 更新の場合は、原則記入不要。
 ※4 受診者本人と異なる場合に記入。
 なお、受診者本人の場合は本人と記載する。

裏面もご記入ください。

【保健所記入欄】											
支給認定開始日	年 月 日										
宛名番号											
<input type="checkbox"/> 重症該当	<input type="checkbox"/> 高額該当	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器該当	<input type="checkbox"/> 按分該当								
生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ			自己負担上限額	円		担当者確認印					
一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得											

●現在の状況について教えてください（該当する番号等に○をつけてください）

日常生活について	手帳の有無・身体状況について	
1 通園・通学中	身体障がい者手帳（有・無）	級 種
2 家で療養中	療育手帳（有・無）	A、B1、B2
3 入院中	1 血液透析又は腹膜透析	
4 仕事に就いている	2 気管切開管理又は挿管	
5 その他（ ）	3 人工呼吸管理又は酸素療法	
	4 ねたきり（1歳以上の児童において）	

●支給認定基準世帯員（氏名、続柄、マイナンバー等をご記入ください）

○世帯員の氏名・続柄

- ・世帯内で受診者と同じ医療保険に加入する方すべてをご記入ください。

○マイナンバー

- ・受診者と申請者は必須です。
- ・「市町村国保・国民健康保険組合」に加入されている場合は、世帯全員のマイナンバーをご記入ください。
- ・上記以外の被用者保険に加入されている場合は、受診者と被保険者のマイナンバーをご記入ください。

○本年1月1日時点の住民票所在地

- ・マイナンバー記入該当者であって、現住民票に記載されている住所と異なる場合のみご記入ください。

	氏名（ふりがな）	受給者との続柄	マイナンバー										本年1月1日時点の住民票所在地				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	都道府県	市町村			
受診者		本人														都道府県	市町村
世帯員																都道府県	市町村
//																都道府県	市町村
//																都道府県	市町村
//																都道府県	市町村

●自己負担上限額の特例（該当するものに☑してください）※わかる範囲で結構です

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額な医療が長期的に継続している
<input type="checkbox"/> 同一世帯内に複数の対象疾患あり	<input type="checkbox"/> 重症患者認定

●申請者（保護者）の年金及びその他手当（障害年金、遺族年金等）の受給について

（該当するものに☑してください）※非課税世帯で手当等がある場合は、その証明書の提出をお願いします。

<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金・遺族基礎年金
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当	<input type="checkbox"/> 寡婦年金
<input type="checkbox"/> 福祉手当	<input type="checkbox"/> 障がい年金
<input type="checkbox"/> 受給なし	<input type="checkbox"/> 特別障がい給付金・障がい補償

●申請の委任（受診者が18歳以上で、受診者のご家族等が申請される場合）

委任者は、委任者自身による申請が難しいため、受任者へ小児慢性特定疾病医療費支給認定申請を委任します。

[委任者] 住所： _____

氏名： _____

[委任者] 住所： _____

氏名： _____ 委任者との続柄： _____