

記載例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書		新規・転入（ ）から）・更新				
受給者番号（現在お持ちの受給者番号がある場合は記入してください。）		受給者番号は新規・転入の場合は記入不要です。				
小児慢性特定疾病の名称 ① 福山型先天性筋ジストロフィー						
② 受診者	フリガナ	千ガサキ ハナコ	個人番号 生 年 月 日			
	氏 名	茅ヶ崎 花子	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 平成24年 8月 1日（満8歳）			
	居住地	〒253-0041 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7	電話番号 0467-85-1171			
	加入医療保険	保 険 種 別 協会 ・ ③ 組合 ・ 共済 ・ 国保 ・ 船員 ・ 生活保護 ・ その他（ ）	被 保 険 者 氏 名 茅ヶ崎 太郎			
④ 保 護 者	フリガナ	千ガサキ タロウ	個人番号 受診者との続柄			
	氏 名	茅ヶ崎 太郎	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 父			
	居住地	〒253-0041 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7	電話番号 0467-85-1171 080-1234-5678			
該当する階層区分 ⑤ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ ⑥ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得						
自己負担上限月額特例 ⑥	高額治療継続	該当 ・ ⑦ 非該当	受診者以外の医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等又は支給認定を受けた指定難病の患者（申請中の場合を含む。） 氏名：茅ヶ崎 明子 小児慢性 ・ ⑧ 指定難病 受給者番号：1111111 氏名：茅ヶ崎 一郎 小児慢性 ・ 指定難病 受給者番号：9999999			
	重症患者認定	⑨ 該当 ・ 非該当				
	人工呼吸器等装着	該当 ・ ⑩ 非該当				
	支給認定を受けた指定難病の患者（申請中の場合を含む。）	該当 ・ ⑪ 非該当 (受給者番号：)				
⑦ 医療費算定対象世帯員	氏 名	受診者との続柄	生 年 月 日	加入医療保険 保 険 種 別	本人・家族	個 人 番 号
	茅ヶ崎 太郎	父	S55年 9月 13日 (満 35 歳) 年 月 日	組合	本人	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	国保（国民健康保険・国民健康保険組合）加入の場合は同じ国保に加入している「世帯全員」をこちらの欄に記入してください。					
			年 月 日 (満 歳)			
	茅ヶ崎 明子	母	S58年 7月 30日 (満 32 歳) 年 月 日	組合	家族	医療費支給認定基準世帯員以外の世帯員については、個人番号は必要ありません。
	茅ヶ崎 一郎	兄	H22年 9月 10日 (満 5 歳) 年 月 日	組合	家族	
			年 月 日 (満 歳)			
		年 月 日 (満 歳)				
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関（薬局又は指定訪問看護事業者を含む。）	名	所在地				
⑧ ×××病院	〇〇〇薬局△△支店	市茅ヶ崎×-×-×				
	□□訪問看護ステーション	藤沢市藤沢□-□-□				
	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。					
神奈川県 平塚 保健福祉事務所長殿	申請者は上記④「保護者」と同じ方にしてください。押印は不要です。	令和 2年 8月 5日				
備考 1 「保護者」	お住まいの地域を所管する保健福祉事務所名を記載してください。	申請者氏名	茅ヶ崎 太郎			

備考 1 「保護者」の欄及び「受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。

同意書 ※下記の事項につき、右欄に☑を付けてください。	
⑨ 本申請に当たり提出された書類等が保健相談等の資料及び講演会の開催案内送付のための資料として使用されることに同意します。	☑同意する ☐同意しない
⑩ 【転入の場合のみ】本申請に当たり神奈川県 平塚 保健福祉事務所長が、必要に応じて転出元の都道府県等に支給認定に係る情報を照会することに同意します。	【転入の場合のみ☑】 ☐同意する ☐同意しない

【記入上の注意】

「個人番号」の記入にあたっては、申請者が責任をもって対象者の通知カード等を確認のうえ、記入誤りの無いようお願いします。また、必要のない方の番号を記入しないようご注意ください。

- 小児慢性特定疾病の名称**
【提出書類②】医療意見書の「病名」に記載されている疾病名を記入してください。
- 受診者**
当該疾病で受診されるお子さんについて記入してください。
- 加入医療保険**
受診者の保険証を見てご記入ください。国保（国民健康保険・国民健康保険組合）の場合、被保険者は受診者本人となりますので、世帯主ではなく受診者のお名前を記入してください。
- 保護者**
原則として、③で記入した受診者が加入している医療保険の被保険者としてください（受診者本人が被保険者の場合は保護者のいずれか）。ただし、非課税世帯の場合は、保護者のうち収入の多い方としてください。この欄に記入した方が申請者（＝支給認定保護者）になります。
※申請者の個人番号確認及び身元確認のため【提出書類③】の添付が必要です。
※被保険者が単身赴任等で居住地が異なる場合などは、実際に受診者と同居している保護者を申請者とすることもできます。（例：被保険者である父が東京都在住、母が受診者と神奈川県在住の場合に母を申請者とする など）
- 該当する階層区分**
「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」の（5）を参考にして記入してください。ご自分で判断できない場合は空欄で構いませんが、提出された市町村民税（非）課税証明書等により申請後に当所で判断して記入させていただくことをご了承ください。
- 自己負担上限月額特例**
自己負担額が軽減される特例に該当する場合は、該当する項目の「該当」に○をしてください。
 - 高額治療継続：高額な医療が長期的に継続する方。新規申請の場合は該当しません。（「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」の（6）を参照）
※転入申請で該当する方は【提出書類⑩】【提出書類⑬】が必要です。
 - 重症患者認定：重症患者認定基準（重症患者認定申請書の裏面に記載してあります）に該当する場合はご申請ください。
※【提出書類⑩】及び基準①該当者は【提出書類⑫】の提出が必要です。
 - 人工呼吸器等装着：常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓（ペースメーカーではありません）を装着し、食事や更衣、移動に介助が必要な方はご申請ください。
※【提出書類⑩】に医師の証明を受けて提出が必要です。
 - 支給認定を受けた指定難病の患者：受診者本人が、別の疾病で「指定難病」を受給している場合に記入してください。世帯内按分特例が適用されます。
※【提出書類⑩】の添付が必要です。
 - 受診者以外の医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等又は支給認定を受けた指定難病の患者：⑦で記入する医療費算定対象世帯員のうち、「小児慢性特定疾病」または「指定難病」を受給している方がいる場合に記入してください。世帯内按分が適用されます。
※【提出書類⑩】の添付が必要です。
- 医療費算定対象世帯員**
受診者と同一医療保険に加入している医療保険上の世帯員（受診者を除く）を記入してください。「医療費支給認定基準世帯員」は社保（協会・組合・共済・船員）の場合は被保険者のみ（それ以外の世帯員は「上記以外」に記入してください）、国保（国民健康保険・国民健康保険組合）の場合は世帯全員（「上記以外」に記入する世帯員はいません）としてください。
- 受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関**
申請する小児慢性特定疾病に係る治療等で受診したりお薬をもらう病院、薬局、訪問看護ステーションを全て記入してください。原則、指定医療機関に限ります。
- 同意書**
お子さんに係る相談事業の実施のほか、講演会のご案内等をさせていただきます。同意の有無についてチェックをお願いします。
- 同意書**
他自治体から転入される方でご同意いただける場合は、同意の有無についてチェックをお願いします。