

# 記載例

第9号様式（要綱第3条関係）（用紙 日本産業規格 A4 縦長型）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書/小児慢性特定疾病登録者証申請書		新規・転入（ ）から・更新	
受給者番号（現在受給者証をお持ちの場合記入してください。）			
小児慢性特定疾病の名称 ①		唾液腺癌	
受診者	フリガナ	かがり 花	生年月日
	氏名	神奈川 花	令和2年1月1日（満〇歳）
要支援者	居住地	〒242-0021 大和市中心1-2-3	
	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保・国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	加入医療保険 被保険者氏名	神奈川（平塚） 一郎	受診者との続柄
	保険者名称 （もしくは「交付者名」）	全国健康保険協会神奈川支部	記号・番号
			〇〇 〇〇〇〇〇〇 〇〇
該当する階層区分 ④			
生活保護 ・ 低所得Ⅰ（※） ・ 低所得Ⅱ（※） ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 （※に該当する方へ）受診者の、申請月以前の1年間の入院日数が合計で90日を超えているかどうか <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。（ <input type="checkbox"/> 超えている <input type="checkbox"/> 超えていない）			
自己負担上限月額特例	申請区分	該当・非該当	備考
	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	人工呼吸器等装着者証明書 常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着している場合
	高額治療継続 （新規申請以外）	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	重症患者認定申請書、自己負担上限月額管理票の写しなど 受診者（お子さん）の小児慢性特定疾病医療費の支給対象となった医療費の総額（10割）が、申請月以前の12か月以内に、5万円を超える月が6回以上ある場合
	重症患者認定	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	重症患者認定申請書、障害者手帳の写し（障害の部位、等級の記載箇所がわかるもの）など 重症患者認定申請書の裏面に記載されている重症患者認定基準に適合する場合
* 必要書類の提出がない場合、確認作業が発生し、認定までに長期間かかります。該当する方は、必ず御提出ください。			
受診を希望する指定医療機関 （薬局・訪問看護事業者を含む）	名称	所在地	
	●●大学病院	横浜市金沢区福浦4-5-6	
	△△薬局▲▲店	大和市鶴間789	
フリガナ	かがり ヒロカ 伊吹	受診者との続柄	申請者の電話番号
	氏名	神奈川（平塚） 一郎	父
居住地	〒242-0021 大和市中心1-2-3	申請者の電話番号	090-1234-5678
神奈川県 厚木 保健福祉事務所長	私は、児童福祉法第19条の3第医療費支給に必要なときは、私の階層区分に関する情報につき、神奈川県が私の加入する医療保険者に提供し、医療保険者が地方税関係情報を取得することに同意します（被用者保険の非課税世帯の場合に限る）。	日中連絡の取れる電話番号	080-9876-5432
申請者（注1）	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（注2）	左記の年月日が申請日から1か月以上前になっている理由 <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（ ）	日中連絡の取れる電話番号
⑨	年 月 日		
⑩	【委任状欄】*申請者が来所できない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付け、代理人氏名及び居住地、申請者との関係を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 私は、下記の代理人に、個人番号利用・提供等の取扱いを含む小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る手続きを委任します。 代理人 氏名 居住地 申請者との関係（ ） （注1）申請者とは、次の①から③のいずれかに該当する方です。③の方以外は「保護者」として受給者証に記載されます。 ①被用者保険の場合は、被保険者。ただし、単身赴任等で被保険者が受診者と同居していない場合は、現に監護する者。 ②国民健康保険・国民健康保険組合の場合は、保護者（収入の高い者）。 ③受診者が18歳以上の場合は本人。「受診者との続柄」には「本人」と記載してください。 （注2）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日と診断した日（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です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書の診断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してください。		
⑪	同意欄 ※下記の事項につき、右欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。		
小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出する医療意見書及び小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するに同意します。（注3）	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	必ず <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。
本申請に当たり提出された書類等が保健相談等ための資料として使用されることに同意します。		<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
本申請により登録者証を申請することに同意します。（申請すると、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、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ります。）		<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
【転入の場合のみ】本申請に当たり神奈川県 厚木 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。		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	

（注3）研究利用の際には主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を確認いたします。研究結果は公表されますが個人が特定されるような情報は公開されません。詳細は申請のご案内をご覧ください。上記に同意しなくても、医療費支給認定の可否に影響はありません。

裏面も必ず御記載ください⇒

## 【新規・転入申請書の記入上の注意】

- 小児慢性特定疾病の名称**  
チェックシート【提出書類②】医療意見書の「病名」を記入してください。複数の疾病を申請する方は、申請する病名を全て記入してください。（申請書は1枚）
- 受診者**  
当該疾病で受診される受診者について記入してください。
- 加入医療保険**  
「保険者名称（もしくは「交付者名」）」は、公的医療保険を確認できる書類を見て保険者名か交付者名を記入してください。国民健康保険・国民健康保険組合の場合、「被保険者氏名」には受診者本人のお名前を記入してください。
- 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」P3（5）＜自己負担上限月額表＞階層区分の基準を参考に○で囲んでください。ご自分で判断できない場合は空欄で構いませんが、提出された市町村住民税（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。また、（※）に該当する方は、受診者の、申請月以前の1年間の入院日数が合計で90日を超えているかどうかを付けてください。
- 自己負担上限月額特例**  
以下の特例に該当する場合は「該当」に、該当しない場合は「非該当」にをしてください。
  - 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。  
※医師が記載した【提出書類⑦】が必要です。
  - 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（7）を参照）  
※転入申請で該当する方は【提出書類⑨】及び【提出書類⑩】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⑨】及び基準①該当者は【提出書類⑩】が必要です。
- 受診を希望する指定医療機関**  
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。  
※ 指定医療機関かどうかは、医療機関所在地の自治体のHPを確認いただくか、医療機関等にお尋ねください。
- 申請者**  
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。被保険者が県外に単身赴任等の場合や、受診者本人が就職により自身で被用者保険に加入等の場合は、担当にご確認ください。  
なお、住民票もしくはマイナンバーカードに旧氏併記の手続きが完了している場合は、旧氏併記もしくは旧氏単独記載が可能です。詳しくは窓口でご相談ください。⑬も同様です。
- 申請日**  
申請日は窓口提出日を記入します。郵送の場合は、発送日を記入してください。郵送での申請書提出も可。その場合、郵便の收受日が申請受理日となります。
- 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**  
通常、医療意見書に記載の診断年月日です。ただし、申請受理日が診断年月日から1か月を超える場合、原則、申請受理日から1か月前の日が開始日となります。ただし、指定医が意見書の作成に時間を要した場合や入院その他緊急の治療があった場合など、診断年月日から1か月以内に申請を行えなかった場合で、やむを得ない理由があるときは、最大3か月まで遡ることができます。（詳しくは保健福祉事務所（センター）にお問合せください。）
- 委任状欄**  
申請者が来所できず、代理人の方が窓口手続きにお越しになる場合は、委任状欄にをし、代理人の氏名・居住地・申請者との関係を記入してください。
- 同意欄**  
内容をご確認いただき1段目から3段目は「同意する」「同意しない」のいずれかに必ずをしてください。4段目は該当の方のみをお願いします。

(裏面)

世帯調書											
<p>(注4) 医療費算定対象世帯員には、受診者と同じ医療保険に加入している方を全員記入してください。</p> <p>(注5) 医療費支給認定基準世帯員には、社会保険加入の場合は「被保険者のみ」、国民健康保険・国民健康保険組合加入の場合は同じ保険の「世帯員全員」を記入してください。</p> <p>(注6) 受診者や医療費算定対象世帯員に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、自己負担上限月額の特例が受けられる可能性があります。該当する場合は☑を付け、下段に受給者番号を記入し、受給者証(認定前の方は申請書)の写しを御提出ください。</p> <p>(注7) 市区町村欄について            ⇒ 1月～6月に申請する方は、申請する年の前年の1月1日に住民票のある市区町村を記入してください。            ⇒ 7月～12月に申請する方は、申請する年の1月1日に住民票のある市区町村を記入してください。</p>											
記入対象者	氏名				受診者との続柄	生年月日	加入医療保険		指定難病及び小児慢性特定疾病の有無(注6)	市区町村 1月1日現在の居住地(注7)	
	個人番号(過去に提出済みの場合、変更なければ記入不要です。)						保険種別	本人・家族			受給者番号
受診者	⑫ 神奈川 花				本人	—	—	—	<input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する疾病以)	大和 <sup>市</sup> 区 町・村	
医療費算定対象世帯員(注4)	医療費支給認定基準世帯員(注5)	カナガワ ヒラツカ イチロウ 神奈川 (平塚) 一郎				父	平成2年1月1日 (満〇歳)	協会	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	大和 <sup>市</sup> 区 町・村
							年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	大和 <sup>市</sup> 区 町・村
							年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	市・区 町・村
							年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	市・区 町・村
							年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	市・区 町・村
⑬ (個人番号の記入は不要です。)	カナガワ ユリ 神奈川 百合				母	平成3年4月5日 (満〇歳)	協会	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 ○○○○○○○		
	カナガワ カイ 神奈川 海				兄	平成30年6月7日 (満〇歳)	協会	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		
						年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		
						年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		

保健所記入欄	確認日	【番号確認】いずれか1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(氏名・住所が住民票と一致しているもの) ※ 代理人の場合は写しの提示で可	【身元確認】いずれか1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証又は運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード又は特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他官公署発行の写真付き証明書( )
	確認者	【提出方法】 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送 (開始日不記載の場合) 保健所記載希望 確認日	【身元確認】いずれか2点 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 社員証・学生証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他官公署発行の写真無し証明書( )
	階層区分	生保 低Ⅰ 低Ⅱ	一般Ⅰ 一般Ⅱ 上位(☐同意(課税証明書なし))

【世帯調書の記入上の注意】

⑫受診者

「小児慢性特定疾病」で受診される受診者の氏名と個人番号、1月1日現在の居住地を記入してください。また、別の疾病で「指定難病」を受給している場合は、指定難病に☑をし、受給者番号を下段に記載してください。

⑬医療費算定対象世帯員

受診者と同じ医療保険に加入している医療保険上の世帯員の氏名及びフリガナ等を記入してください。

○ 社保(協会・組合・共済)の場合

「医療費支給認定基準世帯員」: **被保険者のみ**を記入

「上記以外の方」: 被保険者と受診者以外で、**受診者と同じ保険に加入している家族**を記入

○ 国保(国民健康保険・国民健康保険組合)の場合

「医療費支給認定基準世帯員」: **受診者と同じ国保に加入する世帯全員**を記入

「上記以外の方」: 記入不要

・ 個人番号(マイナンバー)

医療費支給認定基準世帯員の方は、個人番号の記入が必要です。マイナンバーカード等をよくご確認のうえ、間違えないように記入してください。

・ 加入医療保険

「保険種別」(協会・組合・共済・国保・国保組合・生活保護)を記入し、被保険者の方は「本人」、被扶養者の方は「家族」に☑をしてください

・ 指定難病及び小児慢性特定疾病の有無

「小児慢性特定疾病」または「指定難病」を受給している方は、いずれかに☑をし、受給者番号を記入してください。世帯内按分が適用されます。

※ 指定難病患者の方は、【提出書類⑧】の添付が必要です。