

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						
受診者／ 要支援者	フリガナ	生年月日				
	氏名	年 月 日（満 歳）				
要支援者	居住地	〒				
	加入医療保険	<input 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（ ）				
	被保険者氏名	受診者との続柄				
	保険者名称 (もしくは「交付者名」)	記号・番号				
該当する階層区分	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☑を付けてください。(☐超えている ☐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	必要書類	備考		
	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 該当 <input 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 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 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			
申請者 (注1)	フリガナ	受診者との続柄		申請者の電話番号	日中連絡の取れる電話番号	
	氏名					
	居住地			(受診者と同じ 場合記入不要)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> その他	
	神奈川県 保健福祉事務所長殿					
	私は、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。 また、医療費支給に必要があるときは、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)。 年 月 日					
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()					
【委任状欄】*申請者が来所できない場合は、☑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)同日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。						
同意欄 ※下記の事項につき、右欄に☑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、提出した医療意見書が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ための基礎資料として利用されることに同意します。(注3)				<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
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。				<input 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 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 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⇒

(裏面)

世帯調書

(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。
 (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。
 (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。
 (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。

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		
受診者			本人	—	—	—	<input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する疾病以外)	市・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)			年 月 日	<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	
				(満 歳)				
				年 月 日	<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	
				(満 歳)				
			年 月 日	<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		
			(満 歳)					
			年 月 日	<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		
			(満 歳)					
上記以外の方(個人番号の記入は不要です。)		年 月 日	<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			
		(満 歳)						
		年 月 日	<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			
		(満 歳)						
		年 月 日	<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			
		(満 歳)						

保健所記入欄	確認日	【番号確認】いずれか1点	【身元確認】いずれか1点
	確認者	<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	<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()
	【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))	