

小児慢性特定疾病 申請提出書類チェックシート

<提出する書類にチェック ☒ を入れて、申請書類と一緒にご提出ください>

受診者氏名			疾患群 (該当番号に○)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16
-------	--	--	-----------------	--

チェック欄	提出区分	書類の種類	備 考
☐	必須	①小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書	・複数疾病を申請する方は、1 枚の申請書に全ての疾病名を記載してください。(②の医療意見書は疾病ごとに必要です。)
☐	必須	②小児慢性特定疾病 医療意見書	・小児慢性特定疾病の【指定医】が記載したもの。疾病ごとに様式が異なります(転入の方は省略できる場合あり)。 ・ <u>診断年月日の記載が必要です。</u>
☐	必須 (省略可) ※	③住民票の写し(原本) 注: 続柄を省略しないもの。市町村役場で発行されます。 注: 個人番号(マイナンバー)は、⑥以外は原則記載不要。 住民票の写しは、原則、省略可能ですが、次の場合は、省略できません。 ・医療保険上の世帯員(受診者と同じ医療保険の加入者)で別居の方(海外在住は除く) ・⑥の「個人番号に関する確認書類」として提出する場合	・受診者を含む「 <u>世帯全員の</u> 住民票の写し」。医療保険上の世帯員(受診者と同じ医療保険の加入者)で別居の方(海外在住は除く)も必要。 ・発行から3ヶ月以内のものが有効です。
☐	必須	④公的医療保険の加入状況がわかる書類 下記のいずれかを提出してください。 ・「資格確認書」(有効期限内のもの)のコピー ・「資格情報のお知らせ」のコピー(ただし、A4版のものに限る) ・マイナポータル内の健康保険証-資格情報画面スクリーンショットを印刷したもの(ダウンロード機能により生成した「医療保険の資格情報」PDFは不可) ・発行済みの健康保険証(有効期限内のもの)のコピー	・医療保険上の世帯(受診者と同じ医療保険の加入者)のうち * 国民健康保険・国民健康保険組合 →同じ国保に加入している <u>世帯員全員</u> のもの * 社会保険(健保協会、健保組合、共済組合など) → <u>被保険者</u> 及び <u>受診者</u> のもの(受診者本人が被保険者の場合は受診者のもののみ)
☐	必須 (省略可) ※	⑤市町村民税(非)課税証明書(原本) ●…申請受理日が4月～6月の場合は前年度 申請受理日が7月～3月の場合は当年度 ▲…●の前年 注: 所得額、市町村民税額が記載されているもの。市町村役場で発行されます。 「*」と金額に記載されているものは不可 注: 市町村から納税者へ送付される「給与所得等に係る市町村民税・県民税特別徴収税額の決定通知書」(短冊状のもの)は不可。 【上記の市町村民税が全て非課税(所得割・均等割とも0円)の場合、次の書類も必要です】 ・申請者の<u>令和●年度(令和▲年分)</u>市町村民税(非)課税証明書(申請者が上記と重複する場合は不要) ・申請者の<u>公的年金等</u>(遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等)の<u>令和▲年中</u>の収入額がわかる書類(証書等)のコピー(公的年金等を受給している場合のみ) 【※添付を省略できない方】 ・ご加入の健康保険が社会保険で、市町村民税が非課税の方 ・ご加入の健康保険が国民健康保険組合の方。ただし神奈川県歯科医師国民健康保険組合、神奈川県薬剤師国民健康保険組合、神奈川県建設連合国民健康保険組合の方は省略できます。 ・所得や税の申告をしていない方	