第１号様式（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	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。）	
小児慢性特定疾病の名称	

受診者	フリガナ		個人番号	性別	生年月日
	氏名			男・女	年　月　日（満　歳）
	居住地	〒		電話番号	
	加入医療保険	保険種別	協会・組合・共済・国保・船員・生活保護・その他（　）		
		被保険者氏名		受診者との続柄	
		被保険者証等の発行機関名		被保険者証等の記号・番号	
保護者	フリガナ		個人番号	受診者との続柄	
	氏名				
	居住地	〒		電話番号	
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			

自己負担上限月額特例	高額治療継続	該当・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。）	該当・非該当 （氏名：　小児慢性・指定難病　受給者番号：）
	重症患者認定	該当・非該当		
	人工呼吸器等装着	該当・非該当		（氏名：　小児慢性・指定難病　受給者番号：）
	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・非該当（受給者番号：　）		

		氏名	受診者との続柄	生年月日	加入医療保険 保険種別	加入医療保険 本人・家族	個人番号
医療費算定対象世帯員	医療費支給認定基準世帯員			年　月　日（満　歳）			
				年　月　日（満　歳）			
				年　月　日（満　歳）			
				年　月　日（満　歳）			
	上記以外			年　月　日（満　歳）			
				年　月　日（満　歳）			
				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。）	名称	所在地

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。

年　月　日

神奈川県　　保健福祉事務所長殿

申請者氏名　　㊞

備考　１　「医療費算定対象世帯員」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。

２　氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

同意書　※下記の事項につき、右欄に☑を付けてください。	
本申請にあ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
【転入の場合のみ】本申請にあたり神奈川県　　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。	【転入の場合のみ☑】 □同意する　□同意しない