

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				
② 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 ○ 歳）	
	居住地	〒254-0016 平塚市東八幡999		
	加入医療保険	③ <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（ ）		
被保険者氏名	神奈川 一郎	受診者との続柄		
被保険者証等の発行機関名	全国健康保険協会神奈川支部	被保険者証等の記号・番号	○○ ○○○○○○	
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			
⑤ 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
	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		
	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
* 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）	⑥ 名称		所在地	
	●●大学○○病院		中郡大磯町○○111	
⑦ 申請者（注1）	フリガナ	かがり 伊吹	受診者との続柄	
	氏名	神奈川 一郎	父	
居住地	〒254-0016 平塚市東八幡999	申請者の電話番号	080-0000-0000	
神奈川県 平塚 保健福祉事務所長殿	日中連絡の取れる電話番号			
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、医療費支給の認定に必要があるときは、私の医療保険上の所得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報告を求めることに同意します。 ⑧ 令和 ○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（ ）			
⑨ 令和 ○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。				
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。 ⑪				
小児慢性特定疾病に係る医療費助成研究等、小児慢性特定疾病に係同意します。(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	
本申請に当たり提出された書類等使用されることに同意します。	の資料として		<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
【市町村民税が251,000円以上である場合のみ】市町村民税（所得割）が251,000円以上であり、自己負担上限月額が最も高い階層区分VIとなることに同意し、市町村民税課税証明書を提出しません。 * 国民健康保険組合（市町村国保を除く。）に加入している場合は課税証明書の提出が必要です。			<input type="checkbox"/> 提出しない	
【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。			<input checked="" 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**
受診者の保険証を見てご記入ください。**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**
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。
 - 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。
 - 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。
- 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。
- 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。
- 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**
申請日の1か月前を目安に御記載ください。こちらが医療費支給の開始日になります。右の欄に記載いただければ最大3か月まで遡れますが、医療意見書の診断日より前には遡れません。また、令和5年10月1日より前には遡れません。（詳しくは保健福祉事務所等にお問い合わせください。）
- 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段目と2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。3段目と4段目は該当の方のみをお願いします。

記載例

(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	—	—	—	☐指定難病 (今回申請する疾病以外)	平塚市・区 町・村				
医療費算定対象世帯員(注4) ⑬ (個人番号の記入は不要です。)	医療費支給認定基準世帯員(注5)	神奈川 一郎		父	平成2年1月1日 (満〇歳)	協会	☑本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	平塚市・区 町・村			
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	市・区 町・村			
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	市・区 町・村			
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	市・区 町・村			
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	市・区 町・村			
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病	市・区 町・村			
		神奈川 百合		母	平成3年5月15日 (満〇歳)	協会	☐本人 ☑家族	☑指定難病 ☐小児慢性特定疾病 ○○○○○○○○				
		神奈川 碧		兄	平成30年10月3日 (満〇歳)	協会	☐本人 ☑家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病				
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐小児慢性特定疾病				
					年 月 日 (満 歳)		☐本人 ☐家族	☐指定難病 ☐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 ☐マイナンバーカード ☐個人番号付き住民票	【身元確認】いずれか1点 ☐マイナンバーカード ☐運転免許証又は運転経歴証明書 ☐パスポート ☐障害者手帳 ☐在留カード又は特別永住者証明書 ☐その他官公署発行の写真付き証明書()
	確認者	☐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2点 ☐健康保険証 ☐年金手帳 ☐住民票 ☐母子健康手帳 ☐児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 ☐医療受給者証 ☐社員証・学生証 ☐印鑑登録証明書 ☐その他官公署発行の写真無し証明書()
	【提出方法】 ☐来所 ☐郵送 (開始日不記載の場合) 保健所記載希望 確認日		
	階層区分	生保 低I 低II 一般I 一般II 上位	

世帯調書

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日現在の居住市町村名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。
※申請者の方のマイナンバーについてのみ、別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」P4(7)【申請者の個人番号確認書類及び身元確認書類】が必要です。

・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。