

受付印

様式第1号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※ 保 健 所 記 入 欄	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入()より <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更・追加(医療機関 ・月額・疾病)	自己負担区分	所得割	総所得	
	血友病	該当しない / 該当する(自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位		
	成長ホルモン治療	なし・あり()まで	按分特例	()円	一般・重症・高額長期・人工呼吸器等装着者	
	<input type="checkbox"/> 個人番号等の身元確認書類提示なし、個人番号は未記入					
	公費負担番号		受給者番号		承認期間	
					. . . ~ . . .	
	疾病番号					

受診者	フリガナ				生年 月日 (年齢)	年 月 日 (年齢 歳)
	氏名					
	個人番号	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●		
	住所	〒 - (TEL - -)				
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄		
	被保険者証 発行機関名		被保険者証の 記号・番号			
	保険種別	協管・健組・日雇特例・船員・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢・生保				
申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	個人番号	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	受診者との続柄	
住所	〒 - (TEL - -) <input type="checkbox"/> 受診者に同じ					
指定医療機関	医療意見書を記載した医療機関1カ所を記載してください。					
	名称				TEL	
	所在地					
西宮市健康手帳	交付を希望する . 希望しない					
医療受給者証の 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 受診者住所に送付 / <input type="checkbox"/> 保健所窓口 / <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定)					
	送付先住所	〒 - 宛名 様(続柄)				
委任状	私は小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る一切の権限を 受任者 (続柄)に委任します 委任者 _____					

【注意】認定された場合、申請書類一式を提出の上、受理された日が公費負担の開始日となりますのでご注意ください。

支給認定 基準世帯員 ※受診者と同じ健康保険に加入する者	①氏名： 続柄 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 (収入(年収)額 _____ 円)
	②氏名： 続柄 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 (収入(年収)額 _____ 円)
	③氏名： 続柄 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 (収入(年収)額 _____ 円)
	④氏名： 続柄 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 (収入(年収)額 _____ 円)
	※1・・・障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当を受給されている方は、年金・手当の種類及び年収額を記入ください。受給していない方は、収入欄欄に0円と記入ください。 ※2・・・市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、必ず市町村民税の申告をお願いします。	
支給認定基準世帯員の課税証明書等を提出しない者	自己負担区分「上位所得」となることを了承し、課税年額等の証明書を提出しません。 申請者氏名 _____	
支給認定基準世帯員の内、受診者以外で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者 又は申請中の者	<input type="checkbox"/> 有り-(氏名 _____) / <input type="checkbox"/> 無し 公費負担者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 受給者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※該当する場合は、他の認定者の受給者証の写しの添付をお願いします。	
重症患者基準に適合する者	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」の添付をお願いします。	
高額な医療が長期的に継続する者	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」の添付をお願いします。	
人工呼吸器等の装着	<input type="checkbox"/> 有り / <input type="checkbox"/> 無し ※該当する場合は、「人工呼吸器等装着者であることの証明書」の添付をお願いします。	

西宮市保健所長 様

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。
 なお、支給認定にかかる世帯の住民票記載事項及び私の収入及び世帯に属する市民税等を西宮市保健所が確認することに同意し、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。
 児童福祉法第五十六条の六第二項に基づき、西宮市保健所が医療意見書データを保健事業に活用し、必要時西宮市役所内関係機関等に提供することに同意します。

年 月 日 申請者氏名 _____

厚生労働大臣 様

私は、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データが、別紙「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についてのご説明」とおり、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。

年 月 日 患者氏名 _____

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。

代理人氏名 _____