

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・転入用)

* 色付の箇所(灰色部分)は保健所で記入しますので、記入不要です。

申請区分	1	病名											病名コード										
複数の疾患で「小児慢性特定疾病医療受給者証(熊本県発行)」をお持ちですか。お持ちの場合は、他の疾病の受給者番号も記載して下さい。												1:はい 受給者番号() 2:いいえ											
1 受診者	フリガナ											マイナンバー(個人番号)				生年月日				年齢			
	氏名											4:平成 5:令和				年	月	日	歳				
	郵便番号	-				電話番号				-				市区町村コード									
	住所	市 郡										区 町村											
	申請年1月1日現在の住所 現住所と異なる場合のみ記入												*市町村名まで記入										
2 申請者	被保険者氏名												受診者との続柄										
	加入医療保険	65.社会保険・本人		⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に受診者・申請者を記載																			
		66.社会保険・家族		⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に被保険者を記載																			
		67.国民健康保険(組合)		⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)を記載																			
68.生活保護		⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																					
・人工呼吸器等装着者の方		⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																					
・血友病A・Bの健康保険特定疾病療養受療証を所持の方																							
記号番号											保険者番号												
3 自己負担上限額の特例	氏名											マイナンバー(個人番号)				受診者との続柄				続柄コード			
	郵便番号・電話番号・住所は、受診者本人と異なる場合に記入してください。																						
	郵便番号	-				電話番号				-				市区町村コード									
	住所	市 郡										区 町村											
(*1) 申請年1月1日現在の住所 申請者の現住所と異なる場合のみ記入												*市町村名まで記入											
3 (該当するものに○)	重症	上記小児慢性特定疾病により、重症患者認定基準を満たす										0:非該当 1:該当											
	人工呼吸器等装着	上記小児慢性特定疾病により、人工呼吸器等装着認定基準を満たす										0:非該当 1:該当											
	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12月以内に、上記疾病に係る月毎の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が6回以上あった *支給認定を受けた日以降の医療費に限る										0:非該当 1:該当											
医療保険上の同一世帯内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名: 受給者番号:) 0:いいえ											
医療保険上の同一世帯内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名: 受給者番号:) 0:いいえ											

**** 裏面にも記載欄があります。 ****

* 1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は、本人と記載。
申請者の優先順位 ① 受診者が加入している医療保険の被保険者
② 受診者を現に監護している者(①で単身赴任の場合等)
③ 収入の高い者

【別紙様式第1号様式の裏面】

受診者の医療保険によって、記入方法が異なります。
 表面1の受診者の医療保険の保険種別欄の指示に従い記載して下さい。

4 医療費 支給 認定 基準 世帯 員	氏名【カタカナで 記載】	マイナンバー（個人番号）	受診者 との続柄	生年月日	年齢	申請年1月1日現在の住所（受診 者の現住所と異なる場合のみ市 町村名まで記入）	市町村民税 課税額
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			

受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関名及び所在地（県外は都道府県名も記入して下さい。）

意見書を作成 した医療機関		都道 府県	市 郡	区 町村																
その他の 医療機関																				

小児慢性特定疾病医療費 の支給を開始することが 適当と考えられる年月日 （*2）	令和 年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <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〔 〕
---	----------	---

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたいので、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。 【マイナンバーに係る委任状】 <input type="checkbox"/> 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人 （代理人氏名： _____）に委任します。（*3） 申請者氏名 令和 年 月 日 熊本県知事 様	<保健所受付印>
--	----------

* 2 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病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下さい。
 * 3 申請者本人が窓口に来所できない場合は、を入れ、代理人氏名を記入して下さい。

医療意見書の研究等への利用について同意をされる方は、別紙「研究利用に関するご説明」を御確認いただき、
 以下に署名をお願いします。

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。 受診者氏名 _____ 申請者氏名 _____ （受診者本人の場合は、本人と記載） 令和 年 月 日 厚生労働大臣 様

支給開始日	市町村民税(所得割)額	市町村民税額 非課税	自己負担限度額(按分の場合のみ記入)
5		B:低I (~80万円) C:低II	
番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他()		身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他()	
意見書 重症 人工呼 訪問看 住民票 税証明 保険証 保険区分同意書 他・小慢 他・特定 その他()			

<県庁受付印>