

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規)・更新・変更

(※1)

受診者	フリガナ	カゴシマ イチロウ		生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	鹿児島 一郎				〇〇歳
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	フリガナ	カゴシマシヤマシタチョウ11-1-101ゴウ		電話	自宅 : 099-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 : 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 勤務先 :	
住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11-1-101号					
加入医療保険	被保険者氏名	鹿児島 太郎 (例: 子が父の保険に加入の場合、父の氏名)		受診者との続柄	父	
	保険種別	(協会)・健保・共済・国保・生保		被保険者証の 記号・番号	〇〇〇 〇〇〇〇	
	被保険者証 発行機関名	全国健康保険協会 鹿児島支部				
	所在地	〒892-〇〇〇〇 鹿児島市山之口町〇〇-〇〇				
申請者(※2)	フリガナ	カゴシマ タロウ		受診者との 関係	父	
	氏名	鹿児島 太郎				
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	フリガナ			電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
住所	〒					
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得		一般所得Ⅱ ・ 上位所得			
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸	この部分は空欄で結構です。			
	<input type="checkbox"/>	世帯内被				
今回申請する受診者と同じ世帯(※3)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者)	(有) (氏名 鹿児島 〇〇) ・ 無					
疾病名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				同世帯にいる場合は記入	
受診を希望する 指定医療機関	医療機関名		所在地・電話番号			
	〇〇〇〇病院		鹿児島市〇〇町〇〇-〇〇			
	〇〇〇〇クリニック		鹿児島市〇〇町〇〇-〇〇			
		全ての指定薬局及び全ての指定訪問看護ステーション			同世帯にいる場合は記入	
受給者番号(※4)			今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合(申請中含む)	(有) ・ 無		
		指定難病の受給者番号		〇〇〇〇〇〇		
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(※5,6)	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			
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。						
令和〇〇年〇〇月〇〇日						
申請者氏名 鹿児島 太郎				(署名又は記名押印)		
鹿児島市長 殿						

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
 ※2 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する。
 ※3 受診者と生計を一にする者とする。
 ※4 更新又は変更の方のみ記入
 ※5 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か月前(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、申請日にかかわらず、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
 ※6 更新の場合は、原則記入不要

(裏面に続く)

